PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. LEON BLUMENSTOK.

Rok XXX. — 1891.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1891.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXX. „Przeglądu Lekarskiego".

(Liczby oznaczają strony).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Spis alfabetyczny rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

V. Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

VI. Nekrologija.

VII.

Spis autorów. [1]

[1] Nazwiska autorów prac oryginalnych zaznaczone są rozstrzelonym drukiem.

Rok XXX. Kraków, 3 Stycznia 1891. Nr. 1.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek.

Podał
Edmund Biernacki.

W szeregu zabiegów leczniczych stosowanych w chorobie Brighta odżywianie chorego zajmuje nie ostatnie miejsce. Zapalenie nerek, ostre czy przewlekłe, należy do chorób silnie wyniszczających organizm i przez to cierpiący na nie powinni być dobrze odżywiani, jak w ogóle wszelkie przypadki chorób przewlekłych. Ale zadosyćuczynienie temu wskazaniu przy cierpieniu nerek nie jest tak łatwem i prostem, jak w innego rodzaju cierpieniach chronicznych i lekarz napotyka niezbyt rzadko duże trudności. Rzeczywiście przy leczeniu zapalenia nerek należy nie tylko przyjmować pod uwagę ogólny stan chorego, ale rachować się w znacznym stopniu z miejscową chorobą: pokarm tych chorych musi przeto odpowiadać wielu warunkom. Tak z jednéj strony dowóz białka powinien być ograniczonym do niezbędnéj ilości, a straty, które organizm ponosi, uzupełniane więcéj węglowodanami, z drugiéj strony pokarm nie powinien zawierać substancyj drażniących i produktów rozkładu, przytem powinien być zdolnym do przepłukiwania kanalików nerkowych i oswobadzania ich od nagromadzonych produktów przemiany materyi. Za pokarm, odpowiadający tym wszystkim żądaniom, uważają teraz ogólnie mleko.

Mimo to, że dyjetetyka cierpiących na chorobę Brighta określoną jest więc dość dokładnie, jednakże podlega ona dalszemu opracowaniu. Dyjeta mleczna przy zapaleniu nerek nie zawsze daje takie rezultaty, jakich od niéj oczekujemy: chorzy nieraz nie znoszą mleka i pokarm ten musimy oddalić na czas pewien lub na zawsze. Zjawiają się przeto metody i prawidła stosowania mleka w téj chorobie, wskazania do użycia innego pokarmu. Przy tem występuje strona pytania, na którą do tego czasu zwracano mało uwagi, — która jednakże zasługuje na uwzględnienie i bliższy rozbiór, mianowicie stan kanału pokarmowego w chorobie Brighta. Na ostatnim zjeździe w Wiedniu w dyskusyi nad referatami Senatora i v. Ziemssena o leczeniu nerek, Ewald [1]) wskazuje na mleko peptonizowane, tak zwane sztuczne mleko macierzyńskie, jako na pokarm przy zapaleniu nerek. Za podstawę do téj propozycyi służy autorowi pogląd, że niebezpieczeństwo w téj chorobie polega nie na stratach białka, ale na cierpieniu kanału pokarmowego, które rozwija się bardzo często jednocześnie z cierpieniem nerek. Lepine [2]) również stawia na pierwszym planie stan funkcyj żołądka i kiszek przy rozwiązaniu pytania, jakie pokarmy mogą być dawane chorym tym.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadkach gdzie odżywianie chorego jest jednem z najpoważniejszych wskazań, konieczną jest znajomość dokładna stanu kanału pokarmowego, względnie stanu trawienia żołądkowego. Znajomość ta czyni możebnym racyjonalny wybór pokarmu i racyjonalne stosowanie tegoż i z tego punktu widzenia potrzebną jest ona przy zapaleniu nerek. Ale stan kanału pokarmowego w téj chorobie powinien interesować sam przez się, a nie tylko we wspomnianym, że tak powiem, podrzędnym kierunku. Wiadomo oddawna, że w zapaleniu nerek mogą istnieć zaburzenia żołądkowe i kiszkowe. Nie mówiąc już o objawach gastrycznych w uremii, obserwujemy język obłożony, odbijania, wymioty masami wodnistemi, co według Bartelsa zależy od obrzęku błony śluzowéj żołądka, rozwolnienie itp. i w ostrem zapaleniu i przy dużéj białéj nerce. Objawy żołądkowe właściwe są jeszcze więcéj marskości nerek i wiadomo, że obraz kataru żołądka może być długo

[1]) *Centralbl. f. klinische Medicin*, 1890, Nr. 27. *Beilage. Bericht über die Verhandlungen des IX Congresses für innere Medizin.* — [2]) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890. *Festnummer.*

jedynym zewnętrznym objawem téj choroby. Zauważmy, że zaburzenia trawienia w zapaleniu nerek powstają same przez się bez jakiegokolwiek zewnętrznego powodu, nawet bez zaburzeń narządu krwionośnego lub oddechowego — li tylko w skutek cierpienia nerek. Naturalnie, że przy swem szczególnem natężeniu zaburzenia trawienne mogą wymagać interwencyi leczniczéj.

Chociaż tym sposobem znajomość zaburzeń narządu trawiennego przy zapaleniu nerek jest ważną i z teoretycznego i z praktycznego punktu widzenia, nie posiadamy dotąd w tym kierunku ścisłych danych anatomo-patologicznych lub klinicznych. Istnieją tylko nieliczne wskazówki i przeciwne zdania. Według Fenwicka i Foxa [1]) przy marskości nerek rozwija się zapalenie żołądka międzygruczołowe, a przy miąższowem zapaleniu follikularne. Hlava i Thomayer [2]) twierdzą, że przypadłości gastryczne istnieją tylko u takich chorych na *nephritis*, którzy cierpią na międzymiąższowe zapalenie żołądka. Wbrew tym danym, według których objawy żołądkowe przy zapaleniu nerek oparte są na anatomo-patologicznéj podstawie, Leube mniema [3]), że zjawiska dyspeptyczne przy marskości nerek są objawem mocznicy i wogóle mają pochodzenie nerwowe. Daléj, znaleziono w wymiotowanych masach przy uremii mocznik i węglan amonu. Oprócz tych wiadomości mechanizm i chemizm żołądka w zapaleniu nerek pozostaje zupełnie bliżéj nieznanym; nie posiadamy w tym kierunku badań przeprowadzonych za pomocą nowych metod, co już wykonano przy wielu innych stanach chorobowych, jak gorączkowych [4]), sercowych [5]), płucnych [6]) względnie w gruźlicy płucnéj [7]), melancholii (v. Noorden), marskości wątroby, cukromoczu [8]) itd. itd. Mając na względzie brak podobnych danych dla zapalenia nerek przedsięwziąłem szereg odpowiednich spostrzeżeń. Przy badaniu tem musiałem zwrócić uwagę na wszystkie formy zapalenia nerek. Jak wiadomo bowiem duża biała nerka i marskość jéj odróżniają się swym klinicznym przebiegiem i objawami. Zauważmy przytem, że o g ó l n y c h a r a k t e r obu form przewlekłych przedstawia pewne różnice, ostre zaś zapalenie ma dużo wspólnego z formą miąższową. Tak przebieg marskości nerek jest więcéj równomierny, niż dużéj białéj nerki. Ta ostatnia wyróżnia się dość szybkiemi zwrotami od względnego zdrowia do znacznych zaburzeń działalności nerkowéj. W pierwszym razie choroba objawia się mniejszą lub większą ilością białka w moczu i wałeczkami; ilość zaś moczu może być przytem normalną, obrzęki mogą nie istnieć. Jeżeli choroba zaostrzy się i nerki zanieczyszczą, zjawia się oligurja, obrzęki itd. Objawy te mogą przy pewnych pomyślnych okolicznościach zniknąć i polepszenie się ustalić; taka zmiana objawów trwa dopóty, póki choroba nie zakończy się śmiercią lub, co bywa rzadziéj, wyzdrowieniem. Takie znaczne wahania, powtarzamy, nie są właściwe marskości nerek; w tym razie rozwój choroby jest więcéj równomiernym, chociaż może i zgubniejszym z powodu komplikacyj ze strony serca, łatwego powstawania uremii itd. Jeżeli więc znajomość zaburzeń żołądkowych jest potrzebną przy obu formach cierpienia nerek, to również jest ważnem dowiedzenie się, czy stan trawienia żołądkowego podlega podobnym wahaniom, jak przebieg kliniczny dużéj białéj nerki. Ta ostatnia okoliczność przedstawiała się dla mnie nawet ważniejszą niż pierwsza; zwracałem też głównie uwagę na trawienie żołądkowe w miąższowem zapaleniu nerek, tembardziéj, że materyjał kliniczny, którym mogłem rozporządzać, składał się głównie z téj formy chorobowéj.

Badanie trawienia żołądkowego w cierpieniach nerek przeprowadziłem w 25 przypadkach. W téj liczbie było kilka przypadków ostrego zapalenia i marskości nerek. Materyjał mój przedstawiał się bardzo różnorodnie co do natężenia i trwania choroby. Wybierałem do spostrzegania tylko czyste formy zapalenia nerek, by uniknąć, o ile to było możebnem, wpływów potocznych na trawienie i przez to na prawdziwość otrzymywanych rezultatów. W wywodach chorego nie istniały więc nigdy przedtem cierpienia żołądkowe; nieobecnemi były równie zaburzenia sercowe, płucne, lub gorączka. Unikałem także przypadków ze znaczną puchliną brzucha, która mogła mechanicznie wpływać na żołądek. Większość chorych była w wieku 25—40 lat, i tylko kilku było starszych nad 50 lat. Przypadki moje głównie należały do wczesnych okresów choroby, tak że oliguryja i obrzęki zjawiły się ledwie na 1—2—3 tygodnie przed wstąpieniem chorego do kliniki. Obserwowałem chorych dopóty, póki obrzęki i białko w moczu nie znikło, lub też obrzęki znikały, a białko wydzielało się daléj, jako dowód dalszego istnienia cierpienia. Podczas wszystkich tych okresów badałem trawienie żołądkowe aż do opuszczenia kliniki przez pacyjentów. Kilka razy udało mi się badać przewlekłe przypadki, gdzie oliguryja i obrzęki nie istniały już od pewnego czasu; dwóch chorych wróciło do kliniki powtórnie.

Unikałem wpływów pobocznych i z innych stron. Leczenie chorych obserwowanych ograniczało się do używania octanu potasu, jeżeli za pomocą tego tylko środka udawało się usunąć objawy chorobowe; w innych przypadkach, wprawdzie rzadziéj, trzeba było używać koffeiny, soli czyszczących itd. Ale jeżeli z powodu cięższego przebiegu choroby lub zjawienia się mocznicy trzeba było stosować zabiegi więcéj energiczne, badanie trawienia żołądkowego było przerywane na czas krótki. Rano zaś, gdy wykonywano badanie, chorzy nie przyjmowali żadnych lekarstw. U wielu chorych badałem żołądek zaraz po przybyciu ich do kliniki, gdy jeszcze nie podlegali oni żadnemu leczeniu. Z drugiéj strony wszelkie lekarstwa odstawiano, jak tylko zjawiło się obfite wydzielanie moczu i chorzy przy takich warunkach byli badani w przeciągu 1—2 tygodni. Dyjeta w większości przypadków była mleczna, niekiedy chory odrazu dostawał mięsa.

Badanie trawienia wykonywałem przy różnego rodzaju posilnych śniadaniach po uprzedniem przemyciu żołądka letnią wodą (na czczo). Najczęściéj stosowałem próbną porcyję Ewalda, 250 ctm. herbaty i 50—60 grm. bułki (po godzinie); daléj używałem pokarmu Klemperera, w mniejszéj nieco ilości, mianowicie 250 ctm. mleka i 60—70 grm. bułki, przy czem zawartość była wydobywaną po 1 g. 20 m. — 1 g. 30 m. Badałem także przy zwykłem śniadaniu chorych, 250 ctm. mleka, 500 ctm. kleiku i 60 grm. bułki, wydobywanie po 1 g. 45 m. — 2 g. Nareszcie w kilku przypadkach stosowałem próbę białkową (Gluziński — Ja-

[1]) Cyt. według. Charcota *Leçons sur les maladies du foie, des reins et des voies biliaires.* — [2]) Eichtorf. Lehrbuch *der speciell. Pathologie, T. II.* — [3]) *Lehrbuch der speciell. Diagnostik*, 1889. — [4]) Gluziński (Wolfram). *Deutsches Archiv f. Klin. Medizin*, 1886. — [5]) *Adler u. Stern. Berl. klin. Wochens.*, 1889. — [6]) Chełmiński. *Revue de medecine*, 1889. — [7]) Klemperer. *Berl. klin. Wochens.*, 1889. — [8]) Rosenstein, tamże, 1890.

worski). W jednym i tym samym przypadku stosowałem zwykle jeden z tych próbnych śniadań, aby warunki badania były stale jednakowe i przez to wolno było porównywać otrzymane rezultaty. Przy badaniu przesączu zwracałem główną uwagę na kwas solny, jako na miernik sprawności wydzielniczéj żołądka; kwas solny określany był jakościowo odczynnikiem Günzburga i ilościowo metodą Sjöquista; koniec reakcyi przy tem oznaczany był za pomocą rozczynu azotonu srebra. Daléj poszukiwałem peptonów za pomocą sodu gryzącego i siarkanu miedzi, — wyłączając naturalnie przytem syntoninę, propepton itd. Do odkrycia i określenia zawartości kwasu mlecznego posługiwałem się odczynnikiem Uffelmanna. Oznaczałem ogólną kwasotę przesączu za pomocą $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego i badałem siłę trawienną przesączu z dodaniem lub bez kwasu solnego. Obserwowałem przy tem ostrożności zalecane przy poszukiwaniu pepsyny przez Jaworskiego. Nareszcie szukałem starannie labfermentu, — w kilku przypadkach także labzymogenu metodą Klemperera i Boasa.

By skontrolować otrzymywane rezultaty, szczególnie tyczące się kwasu solnego, zbadałem u kilku zdrowych osobników zawartość żołądka, wydobytą po używanych przez nas próbnych śniadaniach w tym samym czasie, jak to się robiło u chorych. Okazało się, że:

W godzinę po śniadaniu Ewalda: kwasu solnego według metody Sjöquista 0,1017%, ogólna kwasota 46, ferment sernikowy i pepsyna są obecne.

Przy zwykłem śniadaniu (500 ctm.³ kleiku, 250 ctm. mleka i 60 grm. bułki) w 1 godz. 40 m.: kwasu solnego 0,0565%, og. kwasota 40, ferm. sernik., i pepsyna obecne.

Przy 250 ctm. mleka (w tój ilości nieco herbaty), 50 grm. bułki w 1 g. 10 min.: kwasu solnego 0,0452%, og. kwas. 45, pepsyna i ferment sernikowy obecne.

Badanie trawienia żołądkowego u cierpiących na zapalenie nerek, wykonane według przedstawionego zarysu, wykazało fakt ogólny, właściwy wszystkim okresom choroby zjawiający się przy używaniu wszelkiego rodzaju próbnych porcyj, odkrywany w przypadkach różnego natężenia i trwania. A mianowicie *sprawność wydzielnicza żołądka przy zapaleniu nerek jest osłabioną*, co się wyraża różnemi zaburzeniami trawienia żołądkowego. Zresztą osłabienie to nie zawsze jast jednakowem i wahania pod tym względem są bardzo obszerne: od nieznacznego odstąpienia od normy sprawa dochodzi do znikania części składowych soku żołądkowego. *Tak ilość kwasu solnego w przesączu jest zmniejszoną, znaczniéj lub słabiéj, niekiedy brak go zupełny*[1]). Częstokroć zawartość HCl po śniadaniu Ewalda nie przenosi 0,02%—0,104%. Stosownie do tego ogólna kwasota przesączu żołądkowego jest nie wysoką i wynosi najczęściéj 20—25 ($^1/_{10}$ norm. ługu), zresztą zauważę, że niekiedy kwasota jest normalną lub nawet wyższą od normy 40—50—56 mimo małą zawartość kwasu solnego. Peptonizacyja ma zawsze miejsce, lecz, sądząc z reakcyi biuretowéj, w różnym stopniu. Jednocześnie z osłabieniem wydzielania HCl, istnieje także osłabienie siły fermentów żołądkowych. Sztuczne trawienie krążka białka w przesączu żołądkowym z dodaniem kw. solnego, w przypadkach gdzie go brak lub mało, wykazuje nieraz zupełny brak pepsyny. I w ogóle, nawet przy mało zmienionéj zawartości kwasu solnego, sztuczne trawienie jest niedostatecznem i krążek białka nie znika zupełnie w przeciągu 24 godzin. Jeżeli on nawet i przetrawia się, to bardzo rzadko płyn bywa przy tem tak klarowny, jak to obserwujemy u zdrowych ludzi: przeciwnie znajdują się męty w przesączu. Ferment sernikowy nieobecnym jest przy braku kwasu solnego, jak to zwykle bywa. W kilku przypadkach, gdzie szukałem labzymogenu, nie mogłem go także wykryć. Nareszcie zauważę, że zawartości kwasu mlecznego w przesączu żołądkowym nie można nazwać zwiększoną; przeciwnie na wysokości trawienia odczynnik Uffelmanna wykazuje w ogóle brak lub niewielkie ilości kwasu mlecznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) W doniesieniu tymczasowem (Przegląd Lekarski, 1890, Nr. 14), opierając się na zbadaniu 6 przypadków, powiadomiłem, że „ilość kwasu solnego jest zawsze znacznie zmniejszoną, a najczęściéj brak jego zupełny“. Badanie większéj ilości chorych przekonała, że w zapaleniu nerek mogą istnieć pod tym względem i nieznaczne różnice od normy.

II. Z zakresu chirurgii nerek.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński

I. O pęknięciu nerki jako wskazaniu do wyjęcia téjże.

Dopiero od czasu jak nieśmiertelnéj sławy chirurg hejdelberski Simon dzięki swéj odwadze i rozwadze wyjął poraz pierwszy i to z dobrym skutkiem nerkę z ciała ludzkiego, zaczęła się rozwijać chirurgija tego organu, do czego w znacznéj części przyczynił się w ostatnich czasach rozwój anti- i aseptyki.

W ciągu dwóch dziesiątków lat odtąd upłynionych moglibyśmy naliczyć kilkaset ogłoszonych przypadków nefrektomii, która z tego powodu uważaną bywa obecnie za typową operacyję, a główne wskazania, dla których ją wykonywamy, znane są następujące: przetoki moczowodowe, nowotwory nerek, kamienie nerkowe, wodonercze, roponercze, gruźlica nerek, a w końcu i urazy nerek.

Z tych ostatnich głównie odznaczają się tutaj urazy otwarte, t. z. połączone z raną zewnętrzną, a to dlatego raz, że rozpoznanie w nich jest daleko łatwiejszem, a powtóre, że wojny dostarczają nam dosyć obfitego materyjału i w tym względzie. Natomiast należą podskórne obrażenia nerek do wielkich rzadkości, jak o tem świadczy dotychczasowa literatura lekarska, jak zresztą poucza doświadczenie własne każdego z chirurgów. I tak n. p. na przeszło 20.000 chorych chirurgicznych przezemnie postrzeganych w szpitalu św. Łazarza wydarzył się zaledwie jeden przypadek, w którym można było przypuszczać podskórne obrażenie nerki i to jeszcze nie bardzo pewny, jak wszystkie, w których nie było naocznego stwierdzenia stanu rzeczy, czy to przy operacyi czy też przy nekroskopii.

To też rozporządzając obecnie przypadkiem, w którym o zranieniu nerki naocznie mogłem się przekonać, pospieszam z ogłoszeniem tegoż, a to już z powodu, że przy tak szczupłéj dotychczasowéj literaturze téj kwestyi dotyczącéj każdy, choćby najmniejszy, przyczynek jest nader pożądanym a wreszcie i dlatego, że niniejszy przypadek odznacza się niezwykłym przebiegiem i zawiera niezwykłą ilość ważnych szczegółów, które według mego przekonania, potrafią zmie-

nić niektóre dotąd panujące przekonania, osobliwie co do zabiegów leczniczych.

Dnia 25 września b. r. zawezwany zostałem do koszar barakowych 1 pułku c. i k. ułanów, znajdujących się o pięć kilometrów od Krakowa we wsi Kobierzynie do obłożnie chorego porucznika hr. A. R. Od dotychczasowych ordynaryjuszów jego, lekarza pułkowego Dra Singera i lekarza porucznika Dra Wernera dowiedziałem się, że pacyjent doznał podczas dojeżdżania remonty w ujeżdżalni w dniu 21 września b. r. przypadku, przyczem wraz z koniem przewrócił się, uderzając prawym bokiem o baryjerę.

Badanie podówczas dokonane wykazało mierny obrzęk w okolicy lędźwiowej prawej przy ucisku bolesny, zewnętrznie ani tam ani w okolicy sąsiedniéj żadnych sińców lub t. p. znaków, w głębi w podżebrzu prawem opór znaczniejszy przy dotykaniu, tamże stłumienie łączące się ze stłumieniem wątroby, która zdawała się nieco wypartą ku górze. Mocz był przez pierwsze dwa dni krwawym, trzeciego dnia czystym, czwartego znów nieco krwawym, a w dniu mojego badania czystym. Temperatura ciała nie podniesiona, tętno dobre między 80—100 na minutę; osłabienie mierne. Wobec tego stanu oświadczyłem się za stłuczeniem nerki prawéj *(contusio renis)* połączonem z mierną wybroczyną w sąsiednią tkankę łączną podotrzewnową, pozostałem przy dotychczasowéj terapii, t. j. absolutny spokój, miejscowo zimne okłady, wewnętrznie chłodzące napoje, dyjeta ścisła, i wyraziłem dobrą nadzieję co do dalszego przebiegu, zastrzegając się tylko co do możności powstania ropnia w miejscu stłuczonem. Ile mi z opowiadania wiadomo, miał się pacyjent przez następne trzy dni wcale dobrze, czwartego to jest względnie dziewiątego dnia po uderzeniu zauważono powiększanie się obrzęku i większą tegoż bolesność. W dwa dni późniéj byłem poraz wtóry zawezwanym do pacyjenta i podówczas znalazłem stan znacznie zmieniony, a przedewszystkiem w podżebrzu prawem guz wielkości głowy dziecka ograniczony, z głębi wychodzący, do linii pępkowéj sięgający, przy lekkiem obmacywaniu mało, przy silniejszem nieco bolesny, gładki, nieco chełboczący, a na samym szczycie przy ucisku jakby powierzchowne ze słyszalnym szmerem połączone przesuwanie się powietrza wykazujący. Mocz był zupełnie jasny i czysty w mniéj lub więcéj dostatecznéj ilości. Ciepłota prawidłowa.

Na téj podstawie oświadczyłem tym razem stanowczo, że w niniejszym przypadku mamy do czynienia z ciężkiem obrażeniem saméj nerki, że guz powiększający się uważam za gromadzącą się krew, która początkowo dostawała się do pęcherza moczowego, a prawdopodobnie skutkiem zatkania się moczowodu skrzepem obecnie gromadzi się do około pękniętéj nerki; że więc stan chorego uważam za bardzo poważny, jakkolwiek na razie jeszcze nie groźny, a w końcu, że uważam za stósowne przeniesienie chorego do jakiego zakładu leczniczego, gdzieby poddanym był ściśléj obserwacyi, gdyż wobec teraźniejszego stanu rzeczy może się nawet okazać potrzeba operacyi, a mianowicie nefro- lub nefrektomii.

Projekt mój został przyjętym przez pp. lekarzy ordynujących, rodzinę pacyjenta i niego samego, przyczem tenże oświadczył, że pragnie być umieszczonym na moim oddziale w szpitalu św. Łazarza; zanim zaś projekt ten zamieniono w czyn, upłynęło dni dwa, z których skorzystałem celem poinformowania się w dotychczasowéj literaturze podskórnych obrażeń nerki, co tembardziéj było wskazanem wobec faktu, że nietylko ja, lecz wielu ze współczesnych i doświadczonych chirurgów nie mogliby się oprzeć na własnem doświadczeniu.

Materyjału dostarczyły mi trzy piękne rozprawy, a mianowicie Maasa: *Untersuchungen über subcutane Quetschungen und Zerreissungen der Nieren*, umieszczona w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, T. X., z. 1 i 2, daléj Edlera: *Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane*, w *Archiv f. klin. Chirurgie*, T. XXXIV., pag. 173 i nast. a wreszcie Reczeya: *Ueber subcutane Nierenläsionen* (*W. Klinik*, 1888, November-heft). Ograniczyłem się do nich raz z powodu braku czasu, powtóre zaś i przeważnie dlatego, że w nich znalazłem treściwy pogląd na obecny stan téj kwestyi aż po koniec 1888 roku, zestawienie wszystkich dotychczas znanych w literaturze przypadków, a wreszcie własne na zwierzętach w tym celu przedsiębrane doświadczenia.

Z literatury téj wyniosłem pokrótce następujące wiadomości:

1) Że rzeczywiście podskórne obrażenia nerek należą do przypadków nader rzadkich, skoro trzéj wymienieni powyżéj autorowie do roku 1888 nie mogli pomimo skrzętnych poszukiwań odnaleść ich więcéj notowanych w literaturze nad 120.

2) Że obrażenia te należą do bardzo ciężkich wobec tego, że na tych 120 zmarło 67, czyli 55·9%. Jeżeli wyrzucimy ztąd te przypadki, w których obok obrażenia nerki lub nerek były jeszcze inne ciężkie obrażenia organów wewnętrznych, a które również przyczynić się mogły do zejścia śmiertelnego, to pozostanie nam zawsze jeszcze 35% śmiertelności jako dobitny wykładnik ciężkości tych obrażeń.

3) Że niebezpieczeństwo w tych razach głównie zagraża z powodu krwotoku i to albo podotrzewnowego albo nawet śródotrzewnowego, jeżeli ta ostatnia doznała również uszkodzenia. Przypadki takie kończyły się zazwyczaj śmiertelnie w kilkudziesięciu, kilkunastu, a nawet w kilku godzinach. Do tych piorunująco, że się tak wyrażę, przebiegających przypadków należą tutaj i te, w których obrażoną została jedyna istniejąca nerka lub też obydwie na raz.

4) Że dalsze niebezpieczeństwo polegało na następstwach ropienia saméj nerki i jéj najbliższéj okolicy, przyczem nieraz przyszło do rozległych zatok, sięgających aż do sąsiednich jam jak: brzusznéj, opłucny i t. p.

5) Że ciężkie przypadki, jeżeli nie skończyły się w krótkim przeciągu czasu śmiertelnie, odznaczały się przeważnie powstaniem obrzęku w okolicy podżebrowéj, powoli się powiększającego, rozlanego lub ściśle ograniczonego, a najczęściéj z rozkładającéj się krwi i moczu złożonego. Przytem przychodzi najczęściéj do podniesienia się temperatury ciała.

6) Że właściwie nie wiemy, jakiego rodzaju i jak rozległemi były stłuczenia i obrażenia nerki tam, gdzie przyszło do dobrowolnego wyleczenia, że jednak wszystkie przypadki cięższe wykazały pęknięcie nerki przeważnie poprzeczne, rzadziéj podłużne i to albo całkowite ze znacznem rozstąpieniem się obu połówek, albo tylko częściowe, daléj przerwanie wnęki lub tylko samego moczowodu, a w końcu zupełne zmiażdżenie nerki tak, że z niéj pozostaje tylko miazga *(detritus)*.

7) Że rozpoznanie podskórnego obrażenia nerki oprzeć możemy na następujących punktach:

a) poprzedzający charakterystyczny uraz (uderzenie się w bok przy spadnięciu z wysokości i to najczęściéj o wystający jakiś twardy przedmiot; uderzenie tamże z wielką siłą, przejechanie przez brzuch i t. p.);

b) wstrząs (*shock*) i wymioty zaraz po urazie;

c) gwałtowny ból w okolicy nerki;

d) moczenie krwawe mniejsze lub znaczniejsze ciągle lub z przerwami;

e) obrzęk w okolicy nerki;

f) czasem zatrzymanie moczu skutkiem nagromadzenia się skrzepów krwi w pęcherzu lub bezmocz (*anuria*), jeżeli tenże już wyżéj n. p. w moczowodach lub miedniczkach dozna przeszkody w odpływaniu, a bardzo często skąpy mocz (*oliguria*), jako działanie zwrotne na drugą nerkę.

8) Co do terapii znalazłem następujące wskazówki:

a) jeżeli przypady nie są groźne, a choćby nawet i bardzo ciężkie, należy zachowywać się wyczekująco, stosując zimne okłady na miejsce obrażone, dyjetę ścisłą, napoje chłodzące i zalecając przedewszystkiem spokój;

b) w razie przypadów piorunująco groźnych, a pochodzących prawie zawsze od krwotoku wewnętrznego i to tem groźniejszego, jeżeli tenże znajduje ujście do jamy otrzewnowej, należy bez namysłu przystąpić do nefro — a względnie i nefrektomii;

c) groźne te przypady mogą pojawić się i następowo wśród wyczekiwania, a natenczas należy wobec nich zachować się jak pod b);

d) jeżeli wśród terapii wyczekującéj pojawią się przypady świadczące o zropieniu guza okołonerkowego, wtenczas wskazaną jest nefro- lub nefrektomija wtórorzędna;

e) przed przystąpieniem do téj ostatniéj operacyi trzeba nabrać przekonania, że druga nerka istnieje i dobrze funkcyjonuje;

f) do roku 1888 zanotowano w literaturze lekarskiéj dopiero trzy przypadki nefrektomii z poza-podskórnego obrażenia nerki (R a w d o n, A r x i B a r k e r), z których tylko ostatni zakończył się pomyślnie.

Studyjum to tembardziéj utwierdziło mnie w przekonaniu, że mam przed sobą ciężkie obrażenie nerki, że jednak wobec niego według dotychczasowych doświadczeń i pojęć należy się zachować wyczekująco, a dopiero na wypadek pojawienia się przypadów rozkładu nagromadzonych do około nerki cieczy i wynikłéj ztąd gorączki przystąpić do jednéj z powyżéj wymienionych doszczętnych operacyj. Wobec jednakże ciężkości przypadku i wielkiéj odpowiedzialności pragnąłem podzielić się mojemi zapatrywaniami z którym z doświadczonych kolegów i to chorobami wewnętrznemi się zajmujących, a w tym celu uprosiłem zgodnie z życzeniem chorego i jego rodziny kolegę profesora P a r e ń s k i e g o.

Narada wspólna odbyła się na dniu 19 października b. r., dokąd pacyjenta przetransportowano dzień przedtem bardzo wygodnie i bezpiecznie za pomocą wozu będącego własnością Towarzystwa czerwonego krzyża, przyczem kol. P a r e ń s k i w zupełności zgodził się tak na rozpoznanie, jako też i na proponowane przezemnie postępowanie.

Przy téj sposobności dokonane dokładne badanie wykazało stan następujący:

Mężczyzna młody bo w 33 roku życia, wzrostu więcéj niż średniego, dobrze zbudowany i odżywiony okazuje w podżebrzu prawem guz wielkości blisko głowy dorosłego człowieka, wychodzący z głębi brzucha, a więc od kręgów a sięgający na dół aż w pobliżu kolca biodrowego przedn. górn. ku wewnątrz poza linię białą. Z wątrobą nie połączony, albowiem tu się porusza przy oddechaniu, lecz ją wypiera do góry tak, że jéj brzeg górny dochodzi aż do dolnego brzegu piątego żebra. Guz ten jest gładki, chełboczący, przy lekkim ucisku nie bardzo bolesny, na szczycie podczas ugniatania jakby glugstanie od przelewającego się płynu wykazujący. Od czasu do czasu pojawiają się w nim dobrowolnie bóle. Stan bezgorączkowy, tętno dobre 80 na minutę, anemii niema. W płucach stosunki prawidłowe; o narządzie trawienia zanotować trzeba skłonność do obstypacyi, która w obecnéj chorobie jeszcze się powiększyła. Objętość brzucha mierzona przez szczyt guza wynosi 82 ctm. Mocz oddaje pacyjent łatwo i bez krwi co do ilości między 950 a 1450 k. cm. na dobę, a co do jakości mało odchodzący od normy, gdyż rozbiór wykazał zaledwie ślad białka.

Dalsza obserwacyja kilkodniowa wykazała, że guz się powiększa (obwód brzucha z 82 cm. na 83 cm.), że bóle występują coraz częściéj i silniéj i że pacyjent słabnie jużto z powodu leżenia, jużto z bezsenności i braku łaknienia; to też pomimo, że nisko utrzymująca się temperatura i brak dreszczów nie przemawiały za rozpoczęciem się ropienia, postanowiłem przystąpić do radykalnéj operacyi.

Na tę zmianę postanowienia dawniejszego wpłynęły nadto jeszcze następujące okoliczności. Przedewszystkiem rozpatrzyłem się w literaturze lekarskiéj najnowszéj, gdyż powyższe zbiorowe prace wyczerpywały rzecz tylko po rok 1888. Otóż w *Centralblt. f. Chirurgie* za rok 1889 znalazłem obszerny referat z pracy Ch. F e n g e r a pod tytułem: *Rupture of the kidney*, umieszczonéj w *Journ. of the Amer. med. assoc.* 1889, która zupełnie odmienne wrażenie na mnie zrobiła, niż wywody teoretyczno-statystyczne poprzednich autorów, a którą tutaj przeto dosłownie według owego referatu przytaczam: „20-letni pacyjent zachorował wśród gwałtownych bólów w okolicy lędźwiowéj prawéj po spadnięciu. Mocz był krwawym blisko przez jeden tydzień, późniéj prawidłowym. Pacyjent chudł i doznawał ciągle bólów w prawéj okolicy lędźwiowéj, gdzie się zwolna tworzył obrzęk. Badanie po roku przedsięwzięte wykazało obrzęk chełboczący i prawie całą prawą połowę brzucha zajmujący. Punkcyją próbną wypuszczono trochę mętnego z ropą pomięszanego moczu. Cięcie lędźwiowe i założenie sączka; mimo tego wychudnienie i gorączka nie ustępują. 12 kwietnia 1888 n e f r e k t o m i j a. W kilka tygodni późniéj śmierć z wycieńczenia i wśród ciężkich przypadów płucnych. Badanie wydobytéj nerki wykazało pęknięcie téjże dzielące ją na większą górną i mniejszą dolną partyję. Ta ostatnia odgraniczyła się była od miedniczki za pomocą tkanki bliznowatéj. Przy sekcyi znaleziono wielką jamę ropną aż po wątrobę sięgającą, ropnie w wątrobie i płucach, otok ropny jamy opłucnowéj prawéj, zkąd przebicie do jednego z grubszych oskrzeli“. Wszakże ten przypadek wydał mi się w pierwszych początkach swego przebiegu zupełnie identycznym z moim, z czego wnosiłem, że i w dalszym przebiegu mogłyby podobne jak w powyższym zajść okoliczności, któreby zdrowie a nawet życie pacyjenta mogły narazić na szwank. Gdy nadto o dzień późniéj wyczytałem w tygodnikach lekarskich wiedeńskich kilka wiadomości, że H o c h e n e g g wykonał z dobrym skutkiem nefrektomiję z powodu podskórnego pęknięcia nerki, zdecydowałem się stanowczo w niniejszym moim przypadku nie wyczekiwać, tylko odrazu do radykalnéj przystąpić ope

racyi, a gdy na myśl moją w zupełności zgodził się pacyjent, wykonałem ją w dniu 23 października b. r.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Błękit metylenowy jako środek uśmierzający ból.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski we Lwowie.

Musimy przyznać, że leczenie środkami wewnętrznemi spoczywa jeszcze na bardzo kruchych podstawach teoretycznych. Używa się wielu przetworów ze skutkiem nieraz pomyślnym nawet, nie umiejąc wytłomaczyć dlaczego one w ten a nie inny sposób działają; doświadczenie stwierdza często ich dodatnie działanie, zanim teoryja zdoła je objaśnić. Stąd to pochodzi, że w terapii idzie się często po omacku, że czasopisma lekarskie podają coraz to nowe środki, mające wywierać to lub owo działanie, środki, które w większej części po efemerycznem istnieniu idą w zapomnienie. Z drugiej znów strony chwytając się nieraz błahych teoretycznych wywodów, usiłuje się poprzeć je doświadczalnie i narzucić niejako pewnym istotom chemicznym odnośny wpływ na ustrój. Do rzędu takich istot należą między innemi histologiczne odczynniki. Ponieważ kwas nadosmowy, chlorek złota, azotan srebrowy itd. mają powinowactwo do pewnych składników tkaninowych, ponieważ się w nich osadzają, muszą przeto na nie działać i to, jak się przypuszcza z góry, dodatnio. Stąd stosowanie ich w pewnych chorobach, jak np. azotanu srebrowego we wiądzie rdzenia pacierzowego; z jakim skutkiem, to każdy z praktyki wie najlepiej. Z tych samych przyczyn błąkała się po terapii czas nawet dość długi fuchsyna, — to samo wreszcie rozumowanie wprowadziło niefortunnie barwiki anilinowe, ochrzcone mianem *pyoktaminy*, w końcu zaś, usiłuje powiększyć arsenał leczniczy błękitem metylenowym.

Barwik ten posiada, jak to wykazał Ehrlich, wielkie powinowactwo do pewnych składników nerwów, a mianowicie, do włókien osiowych nerwów czuciowych. Otóż Ehrlich wychodząc z założenia, o jakiem poprzednio wspomniałem, a mianowicie, że skoro błękit metylenowy barwi składniki żywych nerwów czuciowych, przeto musi być środkiem działającym na nie leczniczo, przypuszczał aprioristycznie, że będzie on uśmierzał bóle. Próbował go więc wraz z doktorem Leppmanuem, a wynik ogłosili w artykule p. t. *„Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau"*. *Deutsch. Med. Wochschrft.* 1890, Nr. 23. Używali oni barwiku chemicznie czystego, wolnego od chlorku cynku, z fabryki Lucius et Brünning vormals Meister in Höchst. a. M. Stosowali go jużto podskórnie, zaczynając od 0,01 stopniując do 0,08 *pro dosi*, lub też wewnętrznie do 1 gr. dziennie w kapsułkach żelatynowych. Żadnych ujemnych skutków nie widzieli. Przy wstrzykiwaniach występował czasem obrzęk ciastowaty, jednak nie bolesny i bez żadnego odczynu. Przy podawaniu wewnętrznem na 40 przypadków tylko 2 razy wystąpiły wymioty, usprawiedliwione jednak istniejącym już nieżytem żołądka w jednym i wadą serca wraz z silną niedokrewnością w drugim przypadku. Środek ten przechodził nader szybko w krążenie, po kwadransie już można było wykazać obecność jego w moczu, który przy małych dawkach bywał zielonkowaty, przy większych błękitny. Podobnie barwiła się ślina i kał.

Pod względem leczniczym skutek był jak najlepszy, potwierdzający w zupełności przypuszczenie. Przy wszystkich sprawach neurytycznych, w reumatyzmie mięśni i stawów bóle znikały pod wpływem tego środka zazwyczaj mniej lub więcej w 2 godz. po zadaniu. Doświadczenie pouczyło, że środek ten nie traci z czasem swego działania, można go długo z dobrym bardzo skutkiem używać. W innych chorobach nie działał błękit metylenowy, oprócz w 2 przypadkach hemikranii. Gorączki nie obniżał wcale. Do artykułu załączona jest bardzo krótka historyja choroby, mianowicie nerwicy kulszowej (*ischias*), w której bóle gwałtowne ustępowały cudownie prawie po zadawaniu 0.1—0,2 błękitu metylenowego wewnętrznie.

Sprawa ta napotyka już w samem założeniu na pewne zarzuty. Pomijam już histologiczne działanie, co do którego istnieją sprzeczne zdania różnych autorów, nie będę się zapuszczał w ocenę tegoż, kto chce znajdzie odnośną literaturę zebraną w *Zeitschrift für wissensch. Mikroskopie.* Bd. VI., H. 4, p. 437. Co się zaś tyczy uzasadnienia działania leczniczego, to z jednej strony podnieść trzeba okoliczność, że do zabarwienia nerwów należałoby użyć znacznie większych ilości, aniżeli to robili wymienieni autorowie, z drugiej zaś strony, że takie samo prawo ma się do przypuszczenia, że błękit metylenowy, osadzając się w nerwach czuciowych, wywoła ból, jak że go uśmierzy. Z góry jednak na tych podstawach potępiać ten środek byłoby takim samym błędem, jak przypisywanie mu z góry działania leczniczego. Ponieważ zaś działanie jego, według podania autorów, jest tak świetne, bez złych następstw, bez groźby nałogowego przyzwyczajenia, do którego prowadzi morfina, bez wielkich bólów miejscowych, jakie sprowadza zastrzykiwanie antipyryny, nie dziw przeto że musiała ta rzecz kusić do stwierdzenia. Postanowiłem przeto wypróbować ten środek, korzystając z uprzejmości Wgo p. prymaryjusza Dra Widmanna, który mi oddał swój oddział do tego celu, za co mu składam niniejszem gorące podziękowanie, następnie zaś z materyjału w Lecznicy powszechnej i praktyki prywatnej. Przetwór sprowadziłem z tejże samej fabryki, z wyraźnem żądaniem, aby przysłano tenże sam, którego używali Ehrlich i Leppmann. Wstrzykiwałem roztwór 2% i 4% w wodzie destylowanej. Wewnętrznie podawałem w formie proszku w kapsułkach żelatynowych. Wyniki moich doświadczeń załączam poniżej.

Nr. 1. Antoni Cz, lat 35, kowal. Przyjęty do szpitala d. 28 sierpnia 1890. Bóle w stawach, prawy staw nadgarstkowy, oba skokowe, oba kolanowe, szczególnie zaś lewy, silnie obrzękłe, przy dotyku i ruchach biernych bolesne. Oprócz tego rozległa łuszczyca (*Psoriasis*). *D. Poliarthritis rheum.*

D. 22/IX. Zastrzyknięto podskórnie w oba kolana 0·01 Mb. Bóle trwają z jednakiem nasileniem, miejsce wstrzyknięcia bardzo bolesne.

D. 23/IX. Zastrzyknięto w oba kolana po 0·02 Mb. W nocy bóle nader gwałtowne, jakich dotychczas nie miał cierpieć. Obrzęk na obu kolanach wzmógł się.

D. 24/IX. Dano wewnętrznie 0·20 Mb. Noc była nieco lepsza.

D. 25/IX. Rano i wieczór wewnętrznie po 0·20 Mb. Bóle się wzmogły, przytem wystąpiły nudności, odbijanie, oraz gniecenie w żołądku.

D. 27/IX. Dano wewnętrznie rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Bóle jednakie; wystąpiły gwałtowne wymioty.

Nr. 2. Jan K., lat 18, subjekt handlowy. Zgłosił się do mnie d. 6/X 1890. Od pięciu dniu cierpi na bóle w stawie nadgarstkowym, łokciowym oraz barkowym lewym, tu-

dzież prawym kolanowym. Stawy te obrzękłe, wykazać w nich można chrzęszczenie. *D. Poliarthritis rheum.*

D. 7/X. Podano rano i wieczór po 0·20 Mb. Bóle jednakie.

D. 8/X. Rano, w południe i wieczór po 0·20 Mb. Stan jednaki.

D. 9/X. Rano, w południe i wieczór 0·2 Mb. Stan jednaki, gniecenie w żołądku i nudności.

D. 10/X. Rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Stan jednaki, tylko nudności i ucisk w żołądku powiększyły się.

Zaniechano podawać błękit metylenowy, w jego miejsce zalecono salicylan sodowy z pomyślnym skutkiem.

Nr. 3. Michał D., lat 20, służący. Od pięciu tygodni bóle w lewym stawie biodrowym. Ruchy czynne niemożliwe, bierne nader bolesne, występuje przy nich wybitne chrzęszczenie. W obu płucach rozległe zmiany gruźlicze. *D. Coxitis sin. tuberc.*

D. 25/IX przeniesiony został na oddział wewnętrzny szpitala powszechnego, gdzie zastrzyknięto 0·03 Mb. Bóle w kilka godzin potem miały się nieco zmniejszyć.

D. 26/IX zastrzyknięto 0·05 Mb., poczem wystąpiły gwałtowne bóle tak w stawie chorym, jak i w miejscu zastrzyknięcia.

D. 27/IX podano rano, w południe i wieczór po 0·30 Mb. Bóle trwały tak w ten jak i w następny dzień z jednakiem nasileniem, wystąpiło przytem gniecenie w żołądku i nudności.

Nr. 4. Adam C., lat 28, kelner. D. 10/X znajdował się na korytarzu wśród przeciągu, nagle poczuł gwałtowny ból w krzyżach i nie mógł się schylać. Przybył do mnie d. 12/X. Schylanie prawie niemożliwe dla bólów okolicy lędźwiowéj, która też przy dotyku nader bolesna. *D. Lumbago.*

D. 12/X. Zastrzyknięto 0·04 Mb. Bóle trwały przez cały dzień jednakowo.

D. 13/X wstrzyknięto 0·06 Mb. Bole znacznie silniejsze naokoło miejsca zastrzyknięcia, obrzęk czerwony, bolesny.

D. 14/X zastrzyknięto 0·08 Mb. Bóle spotęgowały się jeszcze, przyczem zaniechano dalszych wstrzykiwań. Przy elektryzowaniu i parowéj łaźni bóle ustąpiły w przeciągu kilku dni, pozostał tylko obrzęk bolesny.

Nr. 5. Salomon J., lat 42, furman. Od pięciu tygodni cierpi na bóle rwiące, rozchodzące się od pośladka wzdłuż lewéj nogi. Chód nadzwyczaj utrudniony. Wzdłuż nerwu kulszowego punkty bolesne. Dyjagnoza: *Ischias sin.* Po przyjęciu do szpitala powszechnego, d. 11 września 1890, wstrzykiwano kwas karbolowy, podawano antifebrynę, salicylan sodowy i jodek potasu bez skutku. Jedynie miętosienie sprawiało ulgę, jednak krótko trwałą.

D. 22/IX zastrzyknięto w lewe udo 0·01 błękitu metylenowego. W nocy wystąpiły gwałtowne bóle, chory nie mógł oka zmrużyć.

D. 23/IX rano zastrzyknięto 0·02 Mb. Po południu bóle wzmogły się znacznie.

D. 24/IX rano zastrzyknięto 0·04 Mb. Po południu bóle były tak silne jak jeszcze nigdy dotychczas, przyczem w miejscu zastrzyknięcia wystąpił obrzęk ciastowaty, zaczerwieniony bardzo boleśnie. Wieczorem o godz. 6 téj dano wewnętrznie w kapsułce żelatynowéj 0·2 Mb.

D. 25/IX. Podano rano i wieczór po 0·2 Mb. Noc była była bardzo zła, chory skarżył się na nudności i gniecenie w żołądku.

D. 26/IX. Dano rano, w południe i wieczór po 0·2 Mb. Bóle jednakie, zupełny brak apetytu, odbijanie i ucisk w żołądku.

D. 27/IX. Dano rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Bóle trwają daléj z jednakiem nasileniem. Wystąpiły gwałtowne wymioty. (Dok. nast.)

IV. Przypadek błonicy powikłanej różą

Podał

Dr. Pisarzewski w Tomaszowie.

W lutym b. r. w Nrze 7. Przeglądu Lekarskiego pomieściłem wzmiankę o spostrzeżeniach Dra Babczyńskiego nad pomyślnym wpływem róży w błonicy. Spostrzeżenia te pozostały odosobnionemi i tylko w Towarzystwie lekarskiem petersburskiem była wzmianka, że dowody pomyślnego wpływu róży na błonicę nie są przekonywające i że członkowie tegoż towarzystwa mieli możność obserwowania przypadków błonicy powikłanych różą a dodatniego wpływu téj ostatniéj stwierdzić nie mogli. W obec entuzyjastycznych pochwał Dra Babczyńskiego i zalecanego przez niego szczepienia róży w ciężkich formach błonicy, przestrzegają przed rękoczynem, motywując tem, że róża sama przez się jest cierpieniem ciężkiem i w obec braku doświadczeń trzeba zachować się wyczekująco.

Przypadek spostrzegany przezemnie, chociaż dotąd jedyny w mojéj praktyce, przedstawia wpływ róży na błonicę na tyle dodatni, że ośmielam się podać go do publicznéj wiadomości. Dwuletnia Rytka Tobiaszówna, dobrze odżywiona i dotąd zawsze zdrowa, zachorowała 22 września r. b. na błonicę gardziela i krtani. Leczenie wewnętrzne tymolem, terpentyną i inhalacyjami ze środków odrażających pozostało bez skutku i stan dzieciny wciąż się pogarszał. Wezwany 25 września w nocy znalazłem stan następujący: c. 39·1, puls 144 mały, szum zwężenia krtani słyszalny zdaleka, silne bardzo ściąganie dolnéj części klatki piersiowéj; obydwa migdałki i języczek obłożone biało-szaremi błonami. Dziecko niespokojne, głosu prawie nie słychać wcale. W płucach w prawym szczycie stępienie i świsty dźwięczne, mocz oddaje w nieznacznéj ilości, mocz zawiera białko. W obec tak fatalnego stanu choréj i objawów zajęcia płuc prawdopodobnie sprawą dławcową niżéj się opuszczającą, odmówiłem wykonania przecięcia tchawicy i zaleciłem daléj inhalacyje. Rano 26/IX wobec usilnéj prośby rodziców i nalegań dotąd leczącego dziecko Dra Rudolfa, wykonałem przy tegoż pomocy przecięcie tchawicy, przyczem dziecko odpluło kawałek cylindryczny, cienki, rozgałęziony na końcu. Oddech dziecka pozostał jednak utrudnionym i dolne części klatki piersiowéj zapadały się przy oddechaniu. W obec podobnego stanu rzeczy prognoza zdawała się więcéj niż niedobrą. Wieczorem koło godziny 10-éj, a więc w 13 godzin po operacyi, znalazłem c. 41,4, wejrzenie dziecka jednak daleko lepsze i spokojniejsze. Rano 27, ku wielkiemu memu zdziwieniu pomimo 41,1 gorączki stan dziecka znacznie lepszy, oddech spokojny, błony na migdałkach i języczku przedstawiają się w postaci małych odosobnionych plamek szarawych. Przyczyny podniesienia się temperatury wobec polepszenia się stanu ogólnego nie umiałem sobie wytłómaczyć i dopiero zmieniając opatrunek pokrywający także klatkę piersiową, znalazłem silne różycowe zaczerwienienie skóry klatki piersiowéj dochodzące do łopatek, co wytłomaczyło mi nagłe podniesienie się temperatury. Pamiętając o spostrzeżeniach Dra Babczyńskiego, nie przedsięwziąłem żadnych środków dla usunięcia róży. Wieczorem tegoż dnia c. 40,4, róża zajęła i tylną część klatki piersiowéj, przechodząc na szyję i ramiona. Stan ogólny względnie dobry, dziecko pije z ochotą bulijon i mleko z koniakiem, na migdałku prawym i języczku dwie białawe plamki, lewy migdałek czysty.

Przeznaczyłem smarowanie granic róży na skórze ichtyolem z eterem siarczanym i wewnętrznie podałem kwas kamforowy z chininą. Następnego dnia rano c. 39,2, wieczorem 38,6, róża nie rozprzestrzenia się dalej, biaława plamka tylko na prawym migdałku: dziecko odpluwa znaczną ilość śluzoropnéj plwociny. Objawy stępienia prawego szczytu znikły, oddech swobodny. Stan dziecka wciąż się poprawiał, róża po 4 dniach ustąpiła zupełnie, ciepłota powróciła do normy i rurkę mogłem wyjąć 12. dnia po operacyi. Obecnie dziecko zdrowe.

Powikłanie róży nastąpiło prawdopodobnie przezemnie, ponieważ w tym czasie miałem chorego na różę pełzającą kończyn dolnych i tułowia. Spostrzeżenie to jedyne dotąd w mojéj praktyce nie może przechylić szansy na stronę róży; sądzę jednak, że wobec spostrzeżeń innych i wobec wybitnie dodatniego wpływu róży na przebieg cierpienia (zniknięcie błon błonicowych w przeciągu 2 dni) może ono stać się zachętą do przedsięwzięcia prób w tym kierunku, tembardziéj, że w ciężkich formach błonicy nie wiele mamy do stracenia.

Ciekawe zarazem zjawia się pytanie, o ile doświadczenie na żywym organizmie różni się od doświadczeń w eprouwetkach. W *Annales de l'Institut* Pasteura, zeszycie lipcowym, pomieszczona była praca znanych badaczy Roux i Jersina (*Contribution à l'étude de la diphterie*) o mikrobach błonicy. Badacze ci doszli do przekonania, że mikroby, które utraciły swą jadowitość w osłabionych kulturach, nabierają jéj napowrót pod wpływem róży, t. j. przy wprowadzeniu jednocześnem i streptokoków róży. Ponieważ spostrzeżenia te wręcz się wykluczają, powinny być tem większą pobudką do dalszych badań w tym kierunku.

23 października 1890.

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 51).

Badania dotychczasowe Kahlera utwierdziły autora w przekonaniu o wielkiej wartości rozpoznawczej środka Kocha. Wartości leczniczej nie można w tym krótkim czasie ocenić. Próby, wykonane na licznych osobach zdrowych lub dotkniętych jakiemś innem cierpieniem nie gruźliczem, okazały zawsze brak reakcyi nawet po wyższych dawkach. Prątki według K. zmieniają swą postać zgodnie z opisem Fraentzla. (*Wien. klin. Woch.* Nro 49).

Turban w San Remo zajmował się fizycznie wykazać się dającemi zmianami reakcyi w płucach. Zmiany te polegały na zwiększeniu się stłumienia już przedtem istniejącego, lub powstaniu nowego, które w każdym razie po ustąpieniu reakcyi znikało, wśród pojawienia się odgłosu bębenkowego. Mniej wybitne były zmiany w szmerach oddechowych, które częściej stawały się osłabione i nieoznaczone, rzadziej zaostrzone, czasem się nie zmieniały wcale. Rzężenia stawały się drobniejsze, w niektórych jamach ilość ich się zmniejszała, aby po upływie reakcyi powrócić, lub w innych przypadkach po pewnym czasie zniknąć. Wreszcie objawiała się reakcyja w zmniejszeniu się spirometrycznej pojemności płuc o 200—400 cm. sz. (*Berl. kl. Woch.* Nr. 51).

Maydl podaje następujące spostrzeżenia tyczące się rozpoznawczej wartości środka Kocha: asystent Maydla, silnej budowy i zdrowy mężczyzna, po dawce 0·002 dostał gorączki do 38·5°, połączonej z dreszczami, wymiotów i bólu głowy. Na miejscu injekcyi powstało zaczerwienienie i pęcherzyki. Podobnie oddziaływało kilku zdrowych ludzi, i dwóch dotkniętych rakiem. Z tego powodu nie przypisuje M. środkowi Kocha znaczenia pod względem rozpoznawczym. (*Internat. klin. Rundschau* Nr. 50).

Arning czynił doświadczenia z limfą Kocha na chorych z trądem (*lepra*) i z *lupus erythematodes*. Chorzy dotknięci trądem nie oddziaływali ani miejscowo ani ogólnie po dawce 0·01. U chorych na *lupus erythematodes* wystąpiła wprawdzie reakcyja ogólna w postaci dreszczów, wysokiej gorączki, albuminuryi itd., jednakże bez śladu reakcyi miejscowej. Podobnie rzecz się miała u jednego chorego na *lepra tuberosa*. A sądzi, że u tych chorych istnieje w organizmie jakieś ukryte ognisko gruźlicze. (*Deut. med. Woch.* Nr. 50).

Prof. Schrötter we Wiedniu uważa środek Kocha za zupełnie nieszkodliwy przy należytem zastosowaniu, albowiem ani w jednym przypadku nie zauważył cięższych objawów. Reakcyja zdaniem jego nie zależy od dawki, lecz jedynie od indywidualności chorego. Dłuższe stosowanie środka sprowadza przyzwyczajenie się do niego, a nie działa zbiorowo. Z chorych dotkniętych gruźlicą krtani w najrozmaitszych okresach u niektórych reakcyja ogólna była nieznaczna, a miejscowych zmian w krtani środek wcale nie wywoływał. Wprawdzie w dwóch przypadkach ciężkich owrzodzeń w krtani powstał obrzęk, jednakże nie miał on groźnego charakteru i znikł po upływie kilku godzin.

W przypadkach gruźlicy płuc nie był w stanie S. za pomocą fizycznego badania wykazać zwiększenia lub zmniejszenia nacieku, natomiast ilość plwocin się powiększała bez znacznej różnicy we wejrzeniu. Ani w cząsteczkach tkaniny płucnej wykrztuszonych, ani w prątkach, których ilość w plwocinach się zwiększała, nie zauważał S. zmian, mogących mieć jakieś znaczenie. Szczególnie zwraca uwagę na to, że pomimo zresztą dość korzystnych warunków zewnętrznych, tylko u dwóch chorych ciężar ciała nieco się zwiększył, u wszystkich innych zresztą nastąpił ubytek w wadze, w niektórych przypadkach dość znaczny. Obrzęku śledziony nie zauważono w żadnym przypadku (*Wien. klin. Woch.* Nr. 51).

Doc. Riehl w Wiedniu badał kawałki skóry gruźlicą zajętej, a wyciętej podczas leczenia szczepianką Kocha. Histologiczne badanie okazało jako pierwsze działanie tego sposobu leczenia ostre zapalenie (wielka ilość ciałek białych szczególnie koło gruzełków, wypocina włóknikowa); zgadza się to najzupełniej z wynikiem badania Kromeyera i Browicza, którzy również zmiany anatomiczne wywołane wstrzykiwaniami szczepianki uważają za zmiany zapalenia i to zapalenia ropnego. Zmiany, które znalazł Israel (nekroza, zwyrodnienie tłuszczowe), uważa R. jako zmiany końcowe reakcyi, gdyż Israel badał tkankę po 13 injekcyjach. (*Wien. klin. Woch.* 51).

W zakładzie leczniczym Brehmera w Görbersdorf leczył Wolff 68 chorych wstrzykiwaniami szczepianki Kocha. W. przypuszcza wystąpienie reakcyi nawet tam, gdzie po dawkach 0·01 nie nastało podniesienie ciepłoty, ani nawet nie było objawów podmiotowych; gdyż zawsze przedmiotowo można wykazać działanie środka ze zmian w płucach, krtani, plwocinach. U ciężko chorych reakcyja była znaczniejsza, podczas gdy chorzy z nieznacznemi zmianami, lub tacy, którzy od dłuższego czasu przedtem leczyli się w zakładzie i byli dobrze odżywieni, trudno oddziaływali na injekcyje. W. przemawia stanowczo przeciw temu, aby chorym którzy się dobrze mają i na żadne dolegliwości się nie skarżą, wstrzykiwać limfę Kocha, gdyż przez injekcyje mogą stare, otorbione ogniska na nowo się tworzyć i sprowadzić niebezpieczne dla chorego następstwa.

W jednym przypadku gruźlicy nerek nastąpiła po injekcyi hematuryja. (*Wien. med. Woch.* Nr. 50).

Guttmann ze spostrzeżeń swoich poczynionych na 66 chorych w Moabicie, w którym to szpitalu oddano Kochowi 150 łóżek, wysnuwa wnioski, że reakcyja, która jest różną przy tej samej dawce, nie zależy od stopnia rozwoju choroby. Co do stosowania środka Kocha, zaleca G. następujące postępowanie: rozpoczyna się od dawki 1 mg., jeżeli nastąpi reakcyja, to nazajutrz nie wstrzykuje się, na trzeci dzień daje się znów 1 mg. a następnie czyniąc wciąż przerwy po jednym dniu, zwiększa się ostrożnie dawkę o 1 mg.

G. doszedł do dawek u dwóch dziewcząt po 0·05, a u jednego młodzieńca nawet do 0·1. Dziewczęta wymienione, które przed rozpoczęciem leczenia okazywały wyraźne objawy nieżytu szczytowego, uważa G. obecnie za wyleczone. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 50).

Lenhartz w Lipsku stosował szczepiankę Kocha u dotkniętego chorobą Addisona, u którego gruźlicę płuc lub innych narządów tem bardziej wykluczyć było można, że po injekcyi ze strony tych narządów żadnej reakcyi nie można było wykazać. Reakcyja ogólna po pierwszem zaszczepieniu była bardzo ciężka, zwolna chory do środka się przyzwyczaił a po 8 mej injekcyi z 5 mgr. najwyższa ciepłota była 37·3. L. uważa przypadek ten jako skłaniający się ku wyleczeniu (*Deut. med. Woch* 51).

Kaposi śledził wpływ szczepianki Kocha na różne choroby skórne, nie będące natury gruźliczej. Ogólna reakcyja wystąpiła po średnich dawkach u chorego dotkniętego rakiem skóry, u innego z kiłą, u jednego z *lepra*, u jednego mięsakiem gardła i wreszcie z *lupus erythematosus acutus disseminatus*. U tego ostatniego reakcyja była najżywszą, jaką w ogóle K. u swoich chorych zauważył (ciepłota 40·7° przez 3 dni i towarzyszące jej ciężkie objawy). Miejscową reakcyję znalazł K. również w kilku przypadkach: *Lepra maculosa et anaesthetica, sarcoma pharyngis, ulcera syphilitica*, i *lupus eryth. acutus*, w którym to przypadku zmiany reakcyi w niczem się nie różniły od zmian miejscowych występujących wobec zwykłego liszaja leczonego wstrzykiwaniami środka Kocha.

Cornil przedstawił kilku chorych leczonych za pomocą środka Kocha w Hôpital Laennec. Z wywodów jego nad zastosowaniem nowej metody leczniczej podnosimy 3 przeciwskazania: za daleko posunięty rozpad w płucu, gdzie reakcyja miejscowa może sprowadzić groźny krwotok; nadto nie należy używać środka Kocha w obec rozległych zmian gruźliczych w krtani, wreszcie przeciwwskazaniem do stosowania wstrzykiwań jest gruźlica ogólna, gdyż z powodu równocześnie występującej reakcyi miejscowej w płucach, mózgu, otrzewny itd. mogą groźne nastąpić przypady. Szczególnie znacznem jest niebezpieczeństwo wobec gruźlicy opon mózgowych, gdzie objawy reakcyi mogą stan chorego znacznie pogorszyć. (*Bulletin médical* Nr. 96).

Hofmeier miał pomiędzy 39 osobami, którym szczepiankę Kocha wstrzykiwał, dwie ciężarne. Jedna z nich w 4-tym miesiącu ciąży, mająca nacieki gruźlicze dawne w szczytach, i dotknięta od ostatniego porodu tachykardyją, nie oddziaływała wcale na środek Kocha, który stosowano ostrożnie w dawce od 0.001 do 0.007, przyczem przybrała na wadze. W każdym razie nie zaszła żadna nieprawidłowość w przebiegu ciąży. Druga ciężarna (7 my miesiąc ciąży) nie okazywała zmian gruźliczych, ale jest dziedzicznie obciążona, a H. spodziewał się w tym jak w poprzednim przypadku, niejako przez szczepienie śródmaciczne nieść pomoc płodowi. Pomimo użycia silnych dawek (0.002—0.01), reakcyi ze strony matki nie było żadnej, natomiast tętno płodu, które przed wstrzykiwaniami wynosiło koło 132, podniosło się w czasie wstrzykiwań do 144—160, a po dawce 0.01 do 180. Przytem matka nie skarżyła się na żadne dolegliwości, macica nie okazywała dążności do kurczenia się, jedynie płód wydawał się niespokojniejszym. Z doświadczeń tych wynika, że środek Kocha dla ciężarnych nie przedstawia niebezpieczeństwa.

Co do techniki, przemawia H. za używaniem strzykawki Kocha, radzi jednak zatykać nasadkę metaliczną czopkiem z waty raz dlatego, ażeby przy sterylizowaniu alkohol nie dostawał się do balonika, a powtóre, aby powietrze w baloniku zawarte, które czasem dostaje się pod skórę, było po części oczyszczone. Co do przebiegu reakcyi i skutków leczniczych H. zgadza się z wynikami podanemi przez innych badaczy. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 53)

W przeciwieństwie do Hofmeiera przemawia Ebstein w Gietyndze stanowczo przeciw leczeniu ciężarnych zapomocą środka Kocha. Pomimo że E. niema żadnego pod tym względem doświadczenia, przypuszcza, że przez injekcyje nie tylko zagraża się życiu płodu, ale także naraża się matkę na niebezpieczeństwo poronienia, przedwczesnego porodu itd. Z tego powodu leczenie u dwóch ciężarnych, które do niego się zgłosiły, odłożył na czas po połogu. Jako przeciwwskazanie do leczenia środkiem Kocha uważa E. także ciężkie gruźlicze schorzenia przewodu pokarmowego a to z powodu niebezpieczeństwa perforacyi, i gruźlicę otrzewny z wypociną płynną, gdzie przez laparotomiję można o wiele pomyślniejszy osiągnąć rezultat. Ze spostrzeżeń E. nad działaniem limfy Kocha w gruźlicy różnych narządów zasługuje na uwagę przypadek gruźlicy cewki moczowej u 17-letniego chłopca, gdzie po injekcyi nastąpiła reakcyja ogólna nie zbyt ciężka, natomiast miejscowej reakcyi nie było. Chory ten zyskał $1\frac{1}{2}$ kg. na ciężarze ciała, podczas gdy inni po większej części tracili na wadze.

Co się tyczy przypadków gruźlicy płuc i krtani, to podaje E., że w jednym z nich i to dość ciężkim injekcyje dochodzące aż do 0·01 nie wywołały żadnej reakcyi, a w innym ciepłota nietylko się nie podniosła, ale opadała, podczas gdy pod każdym innym względem reakcyja była ciężka i połączona z białkomoczem (bez wałeczków) (*Deut. med. Woch. 51*). (D. c. n.) *Dr. Beck.*

VI. W sprawie uregulowania prostytucyi.

Referat przedłożony c. k. Radzie zdrowia

przez

Dra Ż. Krówczyńskiego we Lwowie.

Przed rokiem wezwał Sejm (przy sposobności obsadzenia prymaryjatu w oddziale kiłowo-skórnym kobiet we Lwowie) c. k. Rząd, aby tenże zajął się sprawą uregulowania prostytucyi w celu zapobieżenia chorobom wenerycznym i kiłowym. Rząd przyjmując tę rezolucyję do wiadomości zażądał opinii c. k. Rady zdrowia, zapytując, czy i o ile rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z r. 1888 uzupełnić należy. Referat w téj sprawie brzmi:

Do niedawna sporną kwestyję co do użyteczności uregulowania prostytucyi stanowczo w ostatnich czasach rozstrzygnięto, wykazując, że twierdzenia abolicjonistów są błędne i dla społeczeństwa w następstwach bardzo szkodliwe. Jeżeli twierdzenia abolicjonistów miały posłuch, to dla tego, że opierały się na bardzo wolnomyślnych hasłach i że zwolennicy tych sentencyj wyzyskiwali słabe strony statystyki, która w sprawie prostytucyi na słabych dotąd spoczywa podstawach. Doświadczenia zrobione w ostatnich dziesiątkach lat w Anglii stwierdzają z największą stanowczością, że przypadki kiły w dwójnasób się zwiększyły w miastach, w których wszelki dozór nad prostytucyją zniesiono i to samo doświadczenie dokonane w ostatnich latach we Włoszech musiało przekonać najzagorzalszych nawet przeciwników uregulowania prostytucyi, że są w błędzie, że ich kult źle zrozumianéj osobistéj wolności ciężką wyrządza krzywdę zdrowiu ogólnemu. Dzisiaj gdy mamy przekonanie, że prostytucyja żadnemi środkami nie da się wyrugować, bo ona jest złem koniecznem, nie dającem się powstrzymać najsroższemi karami, jak to poświadcza kara śmierci w średnich wiekach, dzisiaj powtarzam rozchodzi się o to, żeby nad prostytucyją zapanować i zrobić ją o ile można najmniéj szkodliwą w następstwach tak fizycznych, jakoteż moralnych.

Niejednokrotnie największe powagi naukowe wykazywały potrzebę przepisów międzynarodowych w sprawie chorób zaraźliwych, a szczególnie w sprawie chorób kiłowych, a na kongresach lekarskich międzynarodowych ile razy sprawa uregulowania prostytucyi była omawiana, tyle razy jednomyślnie podnoszono konieczną potrzebę przepisów międzynarodowych w téj sprawie, któreby obowiązywały wszystkie cywilizowane państwa i te przepisy stawiano na pierwszym planie, jako najpotężniejszy czynnik w poskromieniu chorób wenerycznych i kiłowych. Zanim jednak temu słusznemu żądaniu stanie się zadość, należy całą uwagę zwrócić na środki więcéj lokalnéj natury, któreby mogły umniejszyć zło wynikające z prostytucyi. A chociaż nie należy się łudzić na-

dzieją, aby w razie obowiązywania międzynarodowego regulaminu zło wynikające z prostytucyi zupełnie usunąć się dało, mamy prawo twierdzić, że przepisy międzynarodowe byłyby dla społeczeństwa bardzo użyteczne, bo użyteczne są wszelkie przepisy nawet lokalne, które prostytucyję nadzorują. Obowiązkiem państwa jest czuwać nad zdrowiem obywateli, a ta sama troska, która nakazuje czuwać nad dobrocią pokarmów, nad wykonywaniem rzemiosł itd., wkłada na państwo obowiązek czuwania nad prostytucyją. Dzisiaj wiemy, gdzie główne zło prostytucyi się znajduje, nad niem więc w pierwszym rzędzie najściślejszą kontrolę rozciągnąć należy. Niechaj jednak cyfry same wykażą główne zło. Zapożyczamy się w tym celu u Dra Buttego, który na ostatnim lekarskim kongresie w Paryżu taką statystykę przedłożył. Oto w ostatnim dziesiątku lat wynosił procent syfilitycznych i wenerycznych prostytutek mieszkających w domach tolerowanych, zostających pod kontrolą lekarską (*Filles soumises en maison)* 10%, u prostytutek oddzielnie mieszkających, kontrolowanych (*Filles soumises isolées*) 3%. W tymże samym czasie znaleziono aż 19% syfilitycznych, a 20% wenerycznych między prostytutkami tajnemi (*Filles insoumises*). Z cyfr przedłożonych wynika więc, że tajna prostytucyja jest szkodliwszą, aniżeli kontrolowana i że kontrola czyli uregulowanie prostytucyi jest rzeczą użyteczną. Do tego samego wyniku dochodzimy, rozpatrując cyfry przedłożone kongresowi przez Dra Barthelemy'ego, dotyczące Paryża. Oto na 1.932 prostytutek tajnych przypadkowo aresztowanych znaleziono 263 syfilitycznych i 371 wenerycznych czyli 20%, w tymże samym czasie badano 47.371 razy prostytutki jawne, z których 143 było chorych, mianowicie 56 chorych na syfilis, a 78 na choroby weneryczne. Mniéj korzystny był procent u prostytutek jawnych a aresztowanych, bo na 14.574 badań stwierdzono 195 razy syfilis, 90 razy chorobę weneryczną; najkorzystniejszy jednak stosunek wykazały badania prostytutek, mieszkająąych w domach tolerowanych, albowiem na 42.795 badań stwierdzono tylko 54 razy syfilis, a 43 razy chorobę weneryczną. Niezapominajmy, że procent chorych niekontrolowanych wypadłby niewątpliwie nieporównanie większy, gdyby wszystkie kobiety oddające się tajnéj prostytucyi, a takich ma liczyć Paryż 100.000, zbadać można było. Podobne daty możnaby przytoczyć z rozmaitych krajów; z wszystkich dat wynika jedna i ta sama prawda, że tajna prostytucyja jest najszkodliwszą a jawna i kontrolowana najmniéj szkodliwą. Równie dokładnych dat nie umiemy przedstawić ani z naszego kraju, ani ze stolicy miasta Lwowa, a jakkolwiek te daty, które zaraz przytoczymy, nie są zbyt dokładne, potwierdzają one powyżéj przytoczoną prawdę, że że i u nas najwięcéj złego wyrządza tajna prostytucyja. Zestawiając według zatrudnienia chore, leczone w ostatnim dziesiątku lat w szpitalu lwowskim, przekonywamy się, że od r. 1879 ciągle wzrasta liczba leczonych tajnych prostytutek najniższego rzędu, przeważnie przy sposobności obław szpitalowi dostarczonych. Podczas gdy w r. 1880 procent tychże do ogólnéj liczby leczonych na tym oddziale wynosił 27·0, od tego czasu ciągle wzrastając dosięgnął poważnéj liczby 50·9. Taki sam procent wypada z zestawienia lekarza prostytucyjnego. Przeciwnie rzecz się przedstawia co do prostytutek zarejestrowanych, leczonych w lwowskim szpitalu, albowiem liczba ich z każdym rokiem się umniejsza, bo gdy w r. 1880 wynosił procent tychże 68·0, w r. 1889 był tylko 38·0. Porównywając te cyfry z liczbą leczonych w innych stolicach krajów do monarchii rakuskiéj należących, przekonywamy się, że Lwów wykazuje znacznie wyższe cyfry, co zdaniem mojem jest wynikiem bardzo sumiennego traktowania sprawy przez lekarza prostytucyjnego. Cyfry przytoczone musiałyby wypaść znacznie mniejsze, gdyby do lwowskiego szpitala zgłaszały się i nie prostytutki jak to się dzieje w innych miastach; nie odpowiednie jednak urządzenie oddziału dla chorych wenerycznych kobiet, mianowicie niemożność oddzielenia chorych nie wyzutych ze wstydu od prostytutek najbardziéj wyuzdanych, zupełnie tłumaczy fakt omijania lwowskiego szpitala nawet przez prostytutki tajne lepszéj kategoryi. Ogólną jest skarga sprawą prostytucyi się zajmujących, że z każdym rokiem zmniejsza się liczba zarejestrowanych prostytutek, które usuwając się z pod kontroli, stają się przez to tajnemi, a zjawisko to tłómaczyć tem należy, że jawne prostytutki ponoszą najrozmaitsze ciężary bez wszelkich prerogatyw, podczas gdy tajne tych ciężarów nie mają. Że ten fakt nie powinien być obojętnym, nie potrzebuję dodawać udowodniwszy poprzednio, że w tajnéj prostytucyi spoczywa zło główne. Muszę tutaj przytoczyć cyfry najwiarogodniejsze, bo dostarczone przez bióro prostytucyjne. Oto podaje ono, że w roku:

1879	pozostało	186	przybyło	108	razem	294	ubyło	84
1880	„	210	„	115	„	325	„	116
1881	„	209	„	88	„	297	„	101
1882	„	196	„	70	„	266	„	91
1883	„	175	„	83	„	258	„	61
1884	„	197	„	127	„	324	„	71
1885	„	253	„	82	„	335	„	60
1886	„	275	„	168	„	421	„	146
1887	„	167	„	—	„	—	„	—
1888	„	197	„	61	„	258	„	73
1889	„	185	„	84	„	269	„	88

Nie sądzimy jednak, że przez ubytek należy rozumieć umoralnienie prostytutek. Jak wiadomo powrót do życia rodzinnego u prostytutek należy do najrzadszych zjawisk, ubytek zaś nie jest niczem innem jak wycofaniem się z pod kontroli, aby potajemnie oddawać się prostytucyi. Dodajmy do tego, że najczęstszą przyczyną ubytku jest właśnie choroba syfilityczna, którą dotknięta we Lwowie prostytutka nie chcąc poddać się leczeniu i stracić wygodną pozycyję przenosi się ze Lwowa do mniejszego miasteczka, aby tam długi czas bezkarnie szerzyć zarazę. Na te, że tak powiemy, koczujące prostytutki dawno zwrócił Tarnowski uwagę jako na wielkie zło. Z wykazów dostarczanych Radzie zdrowia dotyczących mniejszych miast naszego kraju widać, że taka emigracyja jest zjawiskiem bardzo częstem i że naszą stolicę dobrze zasila prowincyja zarażonemi emigrantkami prostytucyjnemi i odwrotnie stolica prowincyję. Nic dziwnego, że w tych stosunkach musi się coraz więcéj rozprzestrzeniać kiła i choroby weneryczne w naszym kraju i że pod względem chorób wenerycznych i kiłowych zajmuje Galicyja niestety najpierwsze miejsce między prowincyjami monarchii rakuskiéj. Że tak jest wskazują przedewszystkiem cyfry, obejmujące ilość leczonych w szpitalach wojskowych, których w r. 1880 było we Lwowie na oddziale wenerycznym 1168, a w r. 1888, 1465. W Krakowie jeszcze wybitniéj przedstawia się zwiększenie, bo gdy w r. 1886 było 792 chorych, w r. 1888 wzrosła liczba leczonych do 1618. Podane cyfry nie są wprawdzie bezwzględnie prawdziwe, należałoby bowiem dla dokładności porównać je ze stanem garnizonu, który bywa różny; w każdym razie zwiększenie ilości chorych przeszło w dwójnasób w Krakowie przemawia za wzrostem ogólnéj liczby chorych wenerycznych. Rozprzestrzenienie chorób wenerycznych wskazują cyfry podane przez Dra Töplyego, dotyczące chorób wenerycznych w armii austryjacko-węgierskiéj. Zdaniem tego autora na 1000 żołnierzy jest 69·4 wenerycznych, a na 1000 chorych 48·4 wenerycznych. Od r. 1872 wzrasta stale liczba chorych wenerycznych w wojsku, jak to wskazują cyfry; w roku 1872 wynosił procent na 1000 chorych 34, w r. 1885 dosięgnął już 63·0. Cyfry te jednak nie są zupełnie dokładne, wielka bowiem liczba chorych szczególnie szarży niższéj i wyższéj leczy się prywatnie, raz dla braku zaufania do szpitalnego leczenia i przez nie specyjalistów lekarzy wojskowych, powtóre dla tego, że choroby weneryczne tworzą złą kwalifikacyję, albo co także się dzieje, dotknięci chorobami wenerycznymi bywają jak za występek karani. Oba miasta Galicyi dostarczają poważny procent chorych wenerycznych; dla Lwowa wynosi on 74·0, dla Krakowa 76·9, podczas gdy w Pradze wynosi 56·6, a nawet we Wiedniu tylko 57·4. Opierając się na cyfrach przez Töplyego podanych, stwierdzamy, że Polakom po Węgrach i Rumunach niestety pierwsze należy się miejsce, bo Węgrów na 1000 żołnierzy bywa 105·2, Rumunów 87·3 chorych wenerycznych, Polaków 61·9,

a Rusinów 59·9, a gdy zważywszy, że 1/3 z téj ogólnéj cyfry jest dotknięta kiłą, cały ogrom złego przedstawi się nam w całéj pełni. I inaczéj być nie może, bo w Galicyi z wyjątkiem Lwowa i Krakowa nie wiele się robi dla kontrolowania jawnéj prostytucyi, jeszcze zaś mniéj dla kontrolowania tajnéj. Wprawdzie po dwuletniem doświadczeniu trudno byłoby dzisiaj orzec o ile sumienne spełnianie poleceń i zarządzeń c. k. Namiestnictwa wydanych w sprawie prostytucyi z r. 1888 ukróciłoby szerzenie się chorób wenerycznych i kiłowych, z przedłożonych jednak obecnie sprawozdań to stanowczo wynika, że z wyjątkiem w kilku miastach, jak we Lwowie, Krakowie, Przemyślu itd., czy to przez nieświadomość, czy z innych przyczyn zarządzenia c. k. Namiestnictwa dotąd pozostały prawie martwą literą lub najbezmyślniéj były wykonywane. Na świadectwo przytoczę niektóre cyfry. Lwów dostarczył z ogólnéj liczby 185 prostytutek zarejestrowanych 130 do szpitala w r. 1889, a 110 niezarejestrowanych na 221 podejrzanych, Borysław miał niedostarczyć ani jednéj, chociaż posiadać miał podejrzanych 221, a zarejestrowanych 23 utworzyło 101 dostarczonych do szpitala, Drohobycz dostawił do leczenia tylko jednę z ogólnéj liczby jawnych 39, Stanisławów zaś nie dostarczył ani jednéj z 54 zarejestrowanych, chociaż badań ogółem było 377, być zaś powinno do pięciu tysięcy, bo każda prostytutka zarejestrowana powinna być w myśl rozporządzenia dwukrotnie w tygodniu badaną. Jarosław zaś nie posiadający żadnéj podejrzanéj dostarczył mimo to 37 tajnych prostytutek do szpitala. Z tego co przytoczyłem jest aż nadto widocznem, że powyżéj wyrażone zdanie o niedokładności sprawozdań jest zupełnie usprawiedliwione, a także i to jest pewne, że nie czyni się zadość przepisom wydanym przez c. k. Namiestnictwo z r. 1888 i że w tym względzie należałoby żądać sumiennego spełniania poleceń tak przez lekarzy, jakoteż przez bióra prostytucyjne w ogólności, jeżeli cel ma być osiągnięty.

Jakkolwiek c. k. Radzie zdrowia przedłożone sprawozdania o ruchu chorych wenerycznych w szpitalach są bardzo nieliczne i zapewne nie zbyt dokładne, przecież z przedłożonego materyjału stanowczo wnioskować można, że choroby weneryczne i kiłowe przedewszystkiem szerzą się w miastach posiadających większe załogi, to jest oprócz Lwowa i Krakowa w Przemyślu, Stanisławowie, jakoteż w miastach około centrów przemysłu jak: Biała, Drohobycz, Kołomyja, Wadowice itd. Zjawisko to jest powszedniem i ono wskazuje, że nie tylko nad zdrowiem żołnierzy, ale i robotników czuwać należy, gdyż te klasy społeczne obejmujące ludzi średniego wieku i cieleśnie silnych z natury rzeczy dostarczają największéj chorych wenerycznych. Niepodobna także zaprzeczyć, że dla dokładnych dat statystycznych należałoby podać jednolity wzór układania wykazów i z tego powodu byłoby rzeczą pożądaną, aby bióro sanitarne c. k. Namiestnictwa taki wzór przedłożyło. Pozornie kontrola w wojsku istnieje, jéj wykonanie jednak pozostawia bardzo wiele do życzenia; lekarze szpitalni mogliby niejeden przypadek przytoczyć, w którym uwolniony ze służby żołnierz był przyczyną endemii syfilitycznéj. Pod tym względem należałoby żądać koniecznie ulepszeń co do ścisłego dozoru nad wojskowymi i dokładnego badania wszystkich aż do oficerów wyłącznie, nieuwalniania zawczesnego ze szpitala i wreszcie częstego kontrolowania przedewszystkiem tych żołnierzy, którzy kiłę przebywszy mogą uledz nawrotom choroby. (Dok. nast.).

Przyczynki do Epidemijologii Wschodu. [1]

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

Wielbłądzim krokiem postępujące nasze ulepszenia sanitarne znowu dają mi możność uwydatnienia, że od ostatniéj epidemii cholery w arabistańskim Iraku, epidemijologiczna sytuacyja tureckiego wschodu żadnéj nieulegała zmianie. Znowu bowiem wypada mi zwrócić uwagę na okolice nadtygrzańskie, gdzie rozległą arbelską doliną o 41° st. szerokości geograficznéj zaznaczyliśmy w roku przeszłym granicę, przy któréj zatrzymała się grasująca w Mezopotamii cholera.

Śledząc za kierunkiem jéj postępu z ognisk południowych staréj Chaldei, dostrzegliśmy, że zaraza trybem prawdziwie etapowym rozwlekała się stale na północny zachód, przeskakując łańcuchy straży sanitarnych, których niepraktyczność ponownie udowodniono. Zaznaczywszy swój postęp w licznych osadach kurdzko-arabskich, dostrzeżona także na przestrzeni między prawem wybrzeżem Tygrysu i rzeką Chabur pośród koczujących plemion Arabów „Szammar", zaraza legła wreszcie u wrót starego Mossulu. Z ostatnim jéj przypadkiem czujność władz sanitarnych, a tem więcéj i administracyjnych, bez zwłoki powróciła do tradycyjnego godzenia się z fatalizmem, czego następstwem było zaniechanie rozwinięcia środków zapobiegawczych, jakiemi działać należało, aby podciąć zarodki zakorzeniającéj się widocznie zarazy. Łagodny stosunkowo charakter cholery w północnych okręgach Mezopotamii, owe że tak je nazwę oswojenie się ludności z chorobami zakaźnemi; głębokie przekonanie, że plaga co nas doświadczyła w tym roku nie powtórzy się tak prędko, posłużyć mogą do wytłumaczenia obojętności na konieczną potrzebę stopniowego choćby polepszania fatalnych wszędzie warunków higienicznych. Już sam fakt trwania cholery w pogranicznéj Persyi i rozwleczenie się jéj pośród Kurdów „Lurd" i „Kelhur", pozostających w ciągłych stosunkach z mieszkańcami rozległych wybrzeży Tygrysu; zagnieżdżenie się zarazy w ogniskach zaledwie wygasłych, nakazywały przedłużenie trwania zarządzonéj już czujności sanitarnéj, aby o ile to jest możebnem zabezpieczyć pograniczne okolice od ponownego z wiosną wybuchu zarazy. Gdy już bowiem nieszczędzono kosztów na wysłanie kilkunastu lekarzy na czas trwania epidemii w arabistańskim Iraku, to i po jéj złagodnieniu pozostawienie urzędników sanitarnych na porozrzucanych posterunkach nie zachwiałoby zbytecznie finansową nawą. Jednakże, czy to w zamiarze uspokojenia umysłów, czy też tylko przez wzgląd na znaczne koszta, z chwilą ustania przeszłorocznéj epidemii, pospieszono się odwołać wysłanych lekarzy, zadowalając się raportami, zapewniającemi o pomyślnym stanie zdrowotnym w prowincyi! Co zaś gorsza, że w liczbie odwołanych lekarzy, co dotarli do punktów najbardziéj zagrożonych, znajdowali się drowie Saad i Stiepowicz. Przerzuceni do Mezopotamii z punktów takich, jak: Trebizonda i wyspa Chio, zwalczając trudności nietylko fachowe, ale przeważnie fizyczne, mieli obaj koledzy zamiar przeprowadzić poszukiwania nad rozmaitemi pokładami gleby w celu wykazania, czy takowe i w Mezopotamii stanowią dla cholerycznego żyjątka owe „substratum" Pettenkofera, sprzyjające rozwojowi i przechowaniu siły żywotnéj zarazka. Jednem słowem usiłowania ku pogodzeniu teoryi z faktem, że i tu pewne warstwy gleby są zdolne do wzmocnienia etyjologicznego powodu zarazy. Chlubnego tego zadania jednak nie przeprowadzili pomimo tak wielkiego jego znaczenia dla epidemijologii tureckiego Wschodu. Spodziewając się znaleść sposób, mogący ułatwić wytłumaczenie etyjologii tak częstych powrotów zarazy nie już w następstwie przerzutu jéj z zewnątrz, a tylko wskutek niezmiennych miejscowych warunków, spotkaliśmy się z odwołaniem pracowitych kolegów. W ten sposób szczupłe nasze wiadomości o możebnym wpływie gleby i piasku pustyni na rozwój chorób zaduchowo-zakaźnych, nie zostały wzmocnione żadnem nowem doświadczeniem.

W miasteczkach zaś i wioskach, gdzie zaraza grasowała z większą lub mniejszą energiją, nie przeprowadzono żadnych higijenicznych ulepszeń. I tylko pozostawiona rada, aby mieszkańcy za przykładem sąsiadów Kurdow perskich sami czuwali nad zabezpieczeniem się od zarazy, była jedynym środkiem, jaki zdołał nieco trafić do przekonania tutejszéj ludności.

Okazało się jednak, że i tę radę zgnębiły opieszałość i niedbalstwo wschodnie. Z pierwszym bowiem brzaskiem wiosny położenie zdrowotne w Mezopotamii znowu przybrało groźny charakter. Podług wiadomości otrzymanych z Bagdadu, w drugiéj połowie kwietnia cholera wybuchła w osadzie Beled, co prawda nie ludnéj, lecz tak nędznéj, że ten już jej charakter wystarczał do wprowadzenia w popłoch

---

[1]) p. Nr. 10 z r. 1890.

mieszkańców całej okolicy. Zaraza szerząc się w tej miejscowości do połowy maja, sprowadziła zupełne jej wyludnienie.

Jednocześnie kilka przypadków cholery zauważano w Mossulu i we wsiach Telkine i Hassad, położonych w pobliżu miasteczka Dżezyreh. Brak urzędu sanitarnego w pobliżu skłonił miejscową władzę do wysłania do zagrożonych miejscowości lekarza wojskowego. Raport przez niego złożony nie podprowadza wprawdzie pod nazwę cholery zauważanych przypadków, zawsze jednak uważa je za zakaźne i groźne. Gdy zaś podług depeszy gubernatora z Wanu w Armenii dowiedziano się, że w miasteczku Amadieh szerzy się stan chorobowy bardzo zbliżony do cholery, gdy w końcu czerwca i początkach lipca kilka jej przypadków sprawdzono w Dżezyreh, wtedy przypomniano sobie, że i w roku przeszłym zaraza w tych miejscowościach wybuchła z nastaniem pierwszych upałów i pospieszono wysłać znowu kompetentnego urzędnika sanitarnego. (C. d. n.).

Stosunki lekarskie w Rosyi.

Jak w innych krajach, tak u nas Koch jest bohaterem dnia, twórcą istnej „kochiady.“ Doświadczenia z „kochiną“, która prawdopodobnie nie jest niczem innem jak nieorganizowanym fermentem, toxalalbuninem, enzymą, prof. Nenckiego, głównie się odbywają w Petersburgu i Moskwie. Przy wstrzykiwaniu płynu w Instytucie medycyny doświadczalnej byli nawet obecni Najjaśniejsi Państwo. Głównie zajęto się leczeniem wilka i chociaż ogłoszone są protokóły doświadczeń, to głównie odnoszą się one do wywoływanej reakcyi i jako niedokończone potrzebują dalszych obserwacyj. Wspomnę tu tylko, że w Instytucie petersburgskim śród reakcyi zauważono między innemi objawami także przekrwienie naczyniówek, światłowstręt, łzotok i obrzęk powiek, a prof. Sklifossowski w Moskwie konstatował każdym razem rozszerzenie się źrenic. Z doświadczeń nad suchotami płuc wspomnę tylko prof Czerinowa w Moskwie, który przekonał się o niezmiernej ilości lasecznikow w plwocinach po zastrzykiwaniu płynu i obserwował iż, pomimo reakcyi, waga ciała nie zmniejszała się wcale.

Rada lekarska państwa d. 27/XI postanowiła poddać rządowej kontroli używanie w Rosyi sposobu prof. Kocha przy leczeniu chorych na gruźlicę, a to z powodu często wywoływanej silnej reakcyi ogólnej (nudności, wymioty, kaszel, tętno 120 do 160, c. do 41 itd.) i miejscowej, trwającej 1 do 3 dób i mogącej zakończyć się śmiercią. Odtąd więc będzie można używać płynu prof. Kocha dopiero po zbadaniu go i aprobacyi w specyalnem laboratoryum, zatwierdzonej w tym celu przez ministeryum spraw wewnętrznych, pod osobistą odpowiedzialnością każdego z lekarzy.

Do liczby poprzednio wspomnionych kontrolorów Kochowych dodać jeszcze należy Dra Gurina w Kijowie. Demonstrował on w towarzystwie lek. chorego z ogromną kawerną płuc, „umierającego od osłabienia i kaszlu,“ którego wyleczył po 3—4 tygodniach wewnętrznem zastosowaniem mięszanej antiseptyki. Koch ma wyleczyć początkowe suchoty płuc w jakie 4—6 tygodni, a p. Gurin dokonał tego w stanie rozpaczliwym w ciągu 3—4 tygodni. Nieprawdaż, że jest to konkurent, z którym się trzeba liczyć?! (p. *Ruskaja medicina* Nr. 44).

Jeszcze słówko o prof. Zacharijnie. Prócz 4-ch profesorów, którzy nie podpisali do niego adresu fakultetu lek., okazało się, że do tej gruppy przyłączyło się jeszcze 3-ch. Młódź uniwersytecka przeciwna Zacharijnowi wystosowała też adres, przekonywający po czyjej stronie słuszność. Zacharijn odpowiedział wydawnictwem swych „klinicznych lekcyj,“ których wyszło dwa zeszyty; w 1-szym znajdujemy wykład o klinice, o upustach krwi i o kile serca, której podaje 10 własnych spostrzeżeń; w 2-gim klinikę chorób trzew brzusznych, cierpienia czynnościowe systemu nerwowego i o wewnętrznem użyciu wód mineralnych. Główną cechą tych lekcyj jest ich praktyczność.

Z liczby świeżych wydawnictw muszę wspomnieć o sporej książce warsz. prof. Taubera „współczesne szkoły chirurgii w główniejszych państwach Europy.“ ozdobionej drzeworytami. W r. z. ogłosił on 1-szy tom o szkołach angielskich, obecnie mam przed sobą 2-gi tom o szkołach niemieckich; (wydanie głównego wojsk.-lek. Zarządu). Autor obznajamia czytelnika z klinikami: Bergmanna, Bardelebena, Küstera, Volkmanna, Esmarcha, Thierscha, Czernego, Lückego i kończy biografiją Langenbecka, od którego, jako patryarchy niemieckich chirurgów, wyprowadza całą tablicę genealogiczną przedstawicieli spółczesnej niem. chirurgicznej szkoły. W tem drzewie genealogicznem znajdujemy i naszych uczonych: dra Mikulicza (ur. 1850), prof. wrocławskiego, który jest uczniem Billrotha, i dra Rydygiera (ur. 1850), prof. krakowskiego, który jest uczniem Huetera; ponieważ Billroth i Hueter są uczniami Langenbecka, na tablicy przeto przedstawiono, jakoby Mikulicz i Rydygier byli wnukami zmarłego berlińskiego chirurga. Wspomniani chirurdzy nasi dość często cytowani są w powyższem dziele, w którem nadzwyczaj treściwie opracowany dział laryngektomii; wszystkich znanych przypadków wycięcia krtani autor podaje w tablicach 163; w opracowaniu tego dzieła niemało posiłkuje się artykułami Drów W. Krajewskiego i W. Wróblewskiego, druk. w „*Medycynie*“ (1889) i kończy słowy Stromeyera, iż „z takich operacyj ludzkość nic nie zyska, a dla chirurgii nie przynoszą one żadnego zaszczytu!“

Przeszło już rok cały w specyalnych i codziennych pismach toczy się zajadła walka między petersburskiemi akuszerami i ginekologami, która się przeniosła i do towarzystw: akusz.-ginekologicznego i tow. lekarzy rosyjskich. Kozłem ofiarnym jest prof. Otto, który w celach rozpoznawczych w przypadku niewyraźnej 4-ro miesięcznej pozamacicznej ciąży wykonał u chorej *abrasio mucosae uteri*, w skutek czego trąbka Fallopii pękła i wywołała śmiertelne zapalenie otrzewnej; laparatomii na razie nie zrobiono. Lekarze rozdzielili się na dwa obozy, jedni byli za Ottonem, drudzy przeciw niemu; zarzuty i wyjaśnienia trwają do dziś dnia, nie przynosząc pożytku dla nauki. Główny zarzut, jaki robią dziś O., jest, po co wyskrobywał macicę i dlaczego nie wykonał laparatomii po przejściu płodu do jamy otrzewnej? W każdym razie jest to fakt pouczający, iż nawet przypuszczając ciążę pozamaciczną, potrzeba się wystrzegać wszelkich operacyjnych czynności, nie będąc w stanie wnet wykonać laparatomii.

Znany chemik prof. Mendelejew staje w obronie prof. Pehla, którego posądzono o fałszowanie sperminy. Opierając się na liście dra Schreinera, znanego badacza sperminy, p. M. w 2-ch listach ogłoszonych do Pehla w Nr. 48 „*Wracza*“ powiada, iż „pańska spermina jest rzeczywistą sperminą a berlińska (firma Scheringa), którą panu przedstawiali jako najlepszy preparat, nie jest sperminą, lecz dawno znaną „piperasiną.“ Zdawałoby się po tem wszystkiem, że spór o sperminę powinien już ucichnąć, lecz — jak słychać — pomimo to Rada lekarska chce zabronić sprzedaży Pehlowego preparatu.

Dr. Junge, b. prof. okulistyki w Petersburskiej akademii lek., a następnie dyrektor agronomicznej akademii w Moskwie, po przejściu w stan spoczynku, w r. b. zakłada w Krymie lecznicę oczną. Pożądany zakład ten urządza się w majątku słynnego przed laty okulisty, 18 wiorst od m. Teodozyi, w pysznej miejscowości nad brzegiem morskim.

„*Sanitarnoje dieło*“ pomieściło w swych łamach (Nr. 20 do 23) ciekawy artykuł p. t. O desinfekcyi zamieszkałych lokalów w wojskowym wydziale, pióra niedawno zmarłego nieodżałowanej pamięci kol. L. Wieczorkiewicza. *Dr. J. T.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 1 stycznia. W roku właśnie ubiegłym nawał prac był tak znacznym, że mimo najlepszej woli nie mogliśmy zawsze dogadzać szan. współpracownikom, tak że prace ich czasem dość długo zalegać musiały. Dziękując im za nieprzerwane popieranie naszego pisma, przepraszamy ich zarazem za to opóźnienie, któremu zapobiedz nie mogliśmy, pomimo, że materyjalnych nie szczędziliśmy wydatków. Obowiązani wydawać tygodnik w objętości średniej $1^1/_2$ arkusza, a więc 78 arkuszy na rok, wydaliśmy o $15^1/_2$ arkusza więcej, a zbyteczna dodać, na jaki koszt dobrowolnie się skazaliśmy. Ta ofiara nieuchroniła nas atoli od możebnego zarzutu, że wbrew zwyczajowi nie ukończy-

liśmy wszystkich prac rozpoczętych. Zawiodło bowiem wszelkie obliczenie, gdy w ostatnich dwóch miesiącach weszła nagle na porządek dzienny sprawa tak aktualna, zwłoki nie cierpiąca, jak odkrycie Kocha. Zmuszeni więc byliśmy przerwać prace większe, jak koll. Obrzuta i Jabłonowskiego, a ukończymy je w roczniku bieżącym. Tuszymy sobie, że szan. współpracownicy, na których dalszéj pomocy wiele nam zależy, zechcą przyjąć to nasze usprawiedliwienie jako wyjątkowem położeniem uzasadnione.

* Wedle zwyczaju wypada nam na początku roku pożegnać się z tymi, którzy w ciągu roku ostatniego ubyli ze szeregów. Umarli amatorowie: Arnold ojciec, Frey, Voigt b. prof. we Lwowie, Krakowie i Wiedniu, Wikczemski, Cerych, Parker, Sumbera, W. Gruber. Fizyjologogowie: Panet we Wiedniu, Besser w Petersburgu. Farmakologowie: Cloëtta, Kułakowski, kolega Mickiewicza. Klinicyści: Botkin, Brehmer, Kunze, Schulz, baron Dusch, Gull, Cauvet, Paweł Niemeyer. Chirurdzy: Antal, Wahl, Mollière, Michaux, Jelenffy, Nussbaum, Salzer. Okuliści: Hock, Oton Becker, Lehmann w Kopenhadze, Coccius. Otyjatra: Tröltsch. Położnicy: Thaler w Linzu, Schmitt w Monachijum, Litzmann, Neugebauer ojciec, Duncan, Schwartz. Pedyjatrzy: Herz, Nestlé, Vogel. Neurologowie: Rosenthal, Schaerer, Westphal. Higijeniści: Dobrosławin, Lutostański, Huss. Lekarze sądowi: Werewkin w Petersburgu, Pincus w Królewcu. Helmintolog: Küchenmeister. Z lekarzy rodaków zmarli: Barcz, Blumental, Dorantowicz, Janocha, Jeliński, Juszkiewicz, Homme, Horn, Greve, Gawroński, Jorkasz-Koch, Kulczyński, Kucharski, Izdebski, Kobylański, Nowicki, Mackiewicz, Maluszyński, Pruski, Radek, Rymarkiewicz, Śmietana, Senft, Tylko, Wysocki Feliks, Żubowski, Zapałowicz, Zakliński, Zdzieński, Zabierowski. Pokój ich cieniom!

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział Lekarski uchwalił jednogłośnie: 1) wystósować adres do prezesa Majera z powodu 60-letniego jubileuszu doktorskiego, który przypada w dniu 12 stycznia i wręczyć mu adres ten *in corpore*; 2) podziękować Ministerstwu za oświadczenie, uczynione przez p. Ministra w sprawie katedry higijeny i prosić zarazem o rychłe upoważnienie Wydziału do przedstawienia wniosków względem obsadzenia téj katedry; 3) mianował asystentem przy katedrze medycyny sądowéj Dra Leona Wacholza na 2 lata; 4) mianował drugim asystentem przy katedrze fizyjologii kand. med. Władysława Szymonowicza na rok jeden i prosić Ministerstwa o potwierdzenie; 5) czyniąc zadość wezwaniu Wydziału krajowego wybrał prof. Rydygiera członkiem komitetu dla budowy pawilonu chirurgicznego w szpitalu ś-go Łazarza w Krakowie, a prof. Marsa członkiem delegowanym Wydziału do ankiety dla budowy zakładu położniczego we Lwowie.

* Otrzymujemy następujące pismo:

Nie mogąc na wszystkie a bardzo liczne już to listownie już to na drodze telegraficznéj przesłane nam z powodu 25-cio letniéj działalności Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk dowody duchowéj łączności i szczeréj życzliwości odpowiedzieć z osobna, zniewoleni jesteśmy na téj drodze złożyć nasze najserdeczniejsze podzięki świetnym Towarzystwom, Uniwersytetom, szanownym Kolegom jak w ogóle wszystkim, którzy w dniu tym łaskawie o nas pamiętać i życzenia przesłać nam raczyli.

W imieniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego *Dr. B. Wicherkiewicz*
prezes wydziału.

* Dr. Goldhaber, Dr. Szymkiewicz nadesłali na ręce Administracyi po 2 złr. na fundusz wdów i sierót po lekarzach zamiast życzeń noworocznych.

* W tygodniu 50 (14—20 grudnia) było w Krakowie małżeństw 4, urodzin 52, skonów 51 (34·72); z tych było: z odry 3, z płonicy 1, z błonicy 2, z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 8, z duru brzusznego 1.

* **Mianowania**. P. Namiestnik zamianował Dra Antoniego Krokiewicza, b. asystenta przy katedrze anatomii patologicznej, asystentem sanitarnym i przydzielił go do służby przy Namiestnictwie. Służbie publicznej zdrowia przybywa siła znakomita. Dr. Krokiewicz odbył w Krakowie studyja od szkół najniższych począwszy wszystkie z postępem celującym a niedawno temu zdał egzamin rządowy również z odznaczeniem; przez lat kilka był asystentem prof. Browicza a przez rok pracował w Berlinie u Kocha; z rozległą wiedzą lekarską łącząc niezwykłą pracowitość zaskarbi on sobie uznanie władzy przełożonej i na nowém stanowisku.

* **Nekrologija**. W Krakowie zmarł docent dentystyki Dr. Karol Goebel przeżywszy lat 45. Ciężką złożony chorobą dogorywał od dłuższego czasu i w ostatnich latach już obowiązków swoich nie pełnił. Cichy, skromny, uprzejmy dla każdego, dobroczynny dla ubogich używał on poważania powszechnego. — Z Paryża donoszą o śmierci Dra Huberta hr. Krasińskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 10 Stycznia 1891. Nr. 2.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

✝

Dr. Wiktor Feliks Szokalski

Dr. uniwersytetów w Giessen, Paryżu i Warszawie, honorowy uniwersytetu Jagiellońskiego, b. profesor fizyjologii, oftalmologii i otyjatryi w Warszawie, b. naczelny lekarz instytutu oftalmicznego w Warszawie, członek Akademii Umiejętności w Krakowie, członek honorowy licznych Towarzystw naukowych we Francyi, Belgii, Holandyi, w Niemczech, we Węgrzech, Czechach, oraz wszystkich krajowych, sekretarz stały Tow. lek. warszawskiego, ozdobiony złotym krzyżem *virtuti militari* itd. itd.

urodzony w Warszawie d. 13 grudnia 1811 r., umarł tamże d. 6 stycznia 1891 r.

Rok rozpoczynający się ciężką okrył nas żałobą; ubył bowiem z szeregów naszych Mąż, który pomimo piętrzących się trudności pracowitem swojem życiem przyświecał kilku pokoleniom lekarzy i przyrodników naszych, który przez długi szereg lat zmuszony żyć na obczyźnie i pracować w językach obcych, pozyskał sławę uczonego u narodów kroczących na czele cywilizacyi, a powróciwszy do kraju sercem i duszą oddał się na usługi rodaków. Byłto człowiek niezwykłéj miary: syn zacnych rodziców kształcił się w liceum warszawskiem, gdzie kolegował z Zygmuntem Krasińskim, a następnie w uniwersytecie aleksandrowskim, zkąd po r. 1831 przenieść się musiał do Niemiec a późniéj do Francyi; pozostawał pod wpływem ówczesnego kierunku filozoficzno-przyrodniczego, co jak z jednéj strony stało się podstawą rozległego jego wykształcenia ogólnego, tak z drugiéj nie przeszkadzało mu w ścisłem uprawianiu fizyjologii oraz innych gałęzi lekarskich; to też jak we Francyi i Niemczech znany był zaszczytnie jako fizyjolog, tak w kraju zasłynął jako okulista i znakomitem, obszernem swem dziełem o chorobach ocznych zasłużył sobie na imię Nestora okulistów polskich. Nader liczne jego prace naukowe, ogłaszane przeważnie w językach: niemieckim, francuskim i polskim, nie ograniczają się atoli do fizyjologii i okulistyki, lecz obejmują wszystkie prawie dziedziny nauk lekarskich, jak chirurgiję, medycynę wewnętrzną, pedyjatryję, otyjatryję, patologiję, higijenę publiczną i prywatną, policyję lekarską, mikroskopiję, medycynę sądową itd. Najbardziéj z dzieł jego znane są: obok wykładu chorób przyrządu wzrokowego w 2 tomach, dzieło o fantazyjnych objawach zmysłowych w 2 tomach, rzecz o Jędrzeju Śniadeckim i Witellionie, wreszcie dzieło o początku i rozwoju umysłowości w przyrodzie.

Pozostawiając umiejętne ocenienie zasług Szokalskiego późniejszemu czasowi i jednemu z bardziéj powołanych kolegów, poprzestajemy na teraz na oddaniu głębokiego hołdu pamięci Męża, który był rzeczywistą chlubą naszą, a którego pamięć śród nas nigdy nie zagaśnie i zawsze przyświecać będzie późniejszym pokoleniom jako wzór i zachęta do należytego wykonywania obowiązków w obec narodu i ludzkości, choćby śród warunków najniekorzystniejszych.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

Kilka uwag tymczasowych o sposobie, w jaki zdrowi i podejrzani o gruźlicę płuc oddziaływają na środek Kocha

przez

proff. Korczyńskiego i Adamkiewicza.

Rozglądając się pilnie w artykułach, które od 13 listopada 1890 r., t. j. od dnia pierwszego szczegółowego doniesienia Kocha o działaniu jego srodka (*Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose. D. m. Wochschrft.* 46. a) coraz obficiéj w czasopismach lekarskich się pojawiają i na podstawie spostrzeżeń, które pierwszy z nas miał sposobność czynić dzięki uprzejmości prof. Dra Rydygiera w jego klinice począwszy od dnia 20 Listopada 1890 roku tak na chorych dotkniętych gruźlicą chirurgiczną, któréj niekiedy towarzyszyła gruźlica płuc, jakoteż na chorych z gruźlicą płuc, których prof. Rydygier był łaskaw oddać wyłącznéj obserwacyi pierwszego z nas; przyszliśmy do przekonania, że chcąc zrozumieć działanie środka Kocha w stanach chorobowych, osobliwie w gruźlicy płuc, trzeba przedewszystkiem starać się poznać bliżéj jego działanie fizyjologiczne, t. j. wpływ na ludzi zdrowych, gruźlicą nie dotkniętych.

W téj mysli szczepianką otrzymaną z Berlina przez drugiego z nas rozpoczęliśmy w klinice lekarskiéj krak. w dniu 24 grudnia 1890 r. szereg doświadczeń, z których niniejszem zdajemy tymczasową sprawę.

Ażeby módz obserwować dokładnie i szczegółowo wszystkie zmiany, jakie pod wpływem tego środka powstają, ograniczyliśmy się naumyślnie do jak najmniejszéj liczby osobników. Dopiero po kilkodniowéj a niekiedy i znacznie dłuższéj obserwacyi jak najściślejszéj przystępowaliśmy do doświadczeń.

Ciepłota i tętno oznaczane były dzień i noc co 2 godziny (z przerwą jedyną między godz. 12 w nocy a 4 rano, wskazaną względami na spokój chorych), dwa razy dziennie t. j. między 8—10 rano i między 4—6 godz. pop, badano użytych do doświadczeń jak najszczegółowiéj i spisywano jak najdokładniejszy *status praesens*, najczęściéj w obec lekarzy, którzy przychodzili jako goście. Badani dzień i noc zostawali pod ciągłą obserwacyją pp. asystentów, a wydzieliny i wydaliny badane były codziennie jaknajdokładniéj. — W ogóle zachowano wszystkie środki ostrożności i ścisłości. W pracy téj wielce pomocni byli pp. asystenci kliniczni: Drowie Surzycki, Buzdygan i Rosenzweig i pp. koasystenci sł. med.: Baurowicz, Brudzewski, Heim, Jarocki, Jeż, Karowski i Piotrowski, za co im niniejszem wyraża się uznanie i podziękowanie.

Wyniki dotychczas otrzymane ograniczamy na razie do następujących szczegółów:

I. U osobników, u których stanowczo wykluczyć należy wszelkie zboczenia w płucach powstać mogą zmiany już po małych dawkach szczepianki. Zmiany te tylko bardzo skrupulatną obserwacyją i bardzo dokładnem badaniem dają się stwierdzić.

Już b. małe dawki mogą wywołać powiększenie się śledziony, jak to zauważono u chorego Georgeca, z przewlekłem zap. stawów tryprowem mniejszego stopnia, u którego przed wstrzykiwaniem stłumienie śledziony sięgało od górnego brzegu 10 do dolnego brzegu 11-go żebra. Po dawkach 0·001 i 0·002 rozmiary śledziony nie uległy zmianie, zaś po dawce 0·003 stłumienie śledziony poczynało się na dolnym brzegu 8. żebra. — Powiększenie to śledziony powstać może bardzo prędko, np. u chorego Ablewicza z *scoliosis ischiadica* po pierwszem wstrzyknięciu (0·004) stłumienie śledziony, poprzednio w wymiarze podł. i poprz. 4 ctm. wynoszące, powiększyło się w 8 godzin do wymiarów: 6 ctm. w poprzek a 8 ctm. w podłuż.

Nawet małe dawki mogą nie pozostać bez wpływu na ciepłotę, liczbę oddechów i tętno. Pomijając, że u choréj Szydło z hysteryją ciepłota z max. 36·2 po inj. 0·001 podniosła się na max. 36·8, max. tętno z 72 na 84, u choréj Radzik max. ciepł. 37·0 C. po inj. drugiéj w ilości 0·004 podniosło się do 37·6, max. tętna z 72 do 84; przytoczyć należy, że u chorego Georgeca ciepłota 37·5, tętno 88, l. odd. 20, po injekcyi 0·003 wynosiły: ciepłota **39·3**, tętno 96, l. odd. 24, pomimo że chory ten najmniejszego podejrzenia na gruźlicę nie przedstawia.

Czy u chorych z nieżytem oskrzelowym po małych dawkach powiększyć się może ilość rzężeń, stwierdzą dalsze spostrzeżenia. Tu tylko dla dokładności nadmieniamy, że u choréj Radzik z *neuritis ischiadica et bronchitis* w częściach dolnych po dawce drugiéj 0·004 powiększyły się objawy nieżytu.

Nawet małe dawki (0·003 u chorego Georgeca) mogą wywołać *herpes labialis*, biegunkę i ból głowy.

Nawet przy użyciu małych dawek obniżyć się może ciężar ciała (u Radzikowéj po 3 injekcyjach, z których pierwsza wynosiła 0·002, druga 0·004, trzecia 0·008, ciężar ciała bez wyraźnéj reakcyi gorączkowéj z 63 klg. opadł na 61·200).

Większe dawki (0·020 do 0·040) wywołują zgodnie ze spostrzeżeniami pierwotnemi Kocha u ludzi gruźlicą nie dotkniętych reakcyję gorączkową (u choréj Szydło do 39·9, u chorego Georgeca do 40.6° C.), reakcyję ogólną w postaci dreszczów, bolu głowy, ogólnego znużenia, duszności, przyspieszenia tętna i liczby oddechów, uczucia ciężaru na piersiach, bolów w kończynach, bolesności w podżebrzach, pobudzania do kaszlu suchego, palenia w gardle, bezsenności, *erythema* na skórze, a u jednego chorego zauważano *herpes* na prąciu. Objawy gorączkowe trwać mogą do 42 godzin, poczem zaraz lub nazajutrz ciepłota i tętno opaść mogą poniżéj prawidłowych. Badani rychło wracają do dawnego zapasu sił i poczucia zdrowia.

Porównywając wpływ na tętno dawek wielkich u ludzi zdrowych z wpływem na tętno małych dawek u ludzi z gruźlicą płuc, odbiera się to wrażenie, że chorzy gruźliczy okazują stosunkowo większe przyspieszenie tętna aniżeli zdrowi i że u nich powiększenie się ilości tętna utrzymuje się znacznie dłużéj po małych dawkach niż u zdrowych po dawkach wielkich.

Obok tego przy użyciu tych dawek — nie przesądzając tak tu, jakoteż pod względem innych szczegółowo możliwego odmiennego zachowania się rzeczy w innych przypadkach — zauważano:

a) Powiększanie się śledziony, któréj brzeg dał się wymacać tam, gdzie poprzednio nie był macalny, lub stawał się łatwiéj wymacalny tam, gdzie poprzednio był macalny. Powiększenie się to było wyraźniejsze po dawkach większych, aniżeli po małych. Brzeg był zaokrąglony, dość zbity i nie bolesny. Powiększenie to po zaprzestaniu injekcyj rychło

maleje a śledziona po 2—4 dniach wraca do rozmiarów prawidłowych.

b) Powiększenie się wątroby we wszystkich rozmiarach, osobliwie ku stronie lewéj tak, że w 24—48 godzin po injekcyi wypuk ku str. lewéj sięgać może na 5—6 ctm. daléj aniżeli poprzednio. Temu towarzyszyć może ślad żółtaczki na białkówkach i bolesność prawego podżebrza. Powiększenie wątroby po zaprzestaniu dalszych wstrzykiwań utrzymuje się dłużéj znacznie, niż powiększenie śledziony (nawet 5—7 dni po zaprzestaniu wstrzykiwań).

c) Ciężar ciała podupada (u Szydłowéj opadła z 49·500 na 47·300, u Georgeca z 77 na 75 kilo).

Dalsze spostrzeżenia wykazać mogą, czy przypisać należy jakie znaczenie reakcyjne zaostrzeniu się szmerów oddechowych i podmuchowi skurczowemu nad lewą komórką, które podczas gorączki zauważono u Radzikowéj.

Późniéj zastosowane mniejsze dawki (do 0·010) u tych samych indywiduów pozostawały bez skutku.

II. U osobników ze zagęszczeniem w szczytach płuc, ale bez prątków gruźliczych w plwocinach, bez gorączki i bez możności udowodnienia gruźlicy.

Takich chorych obserwowaliśmy dwóch. U obydwóch ani brak dziedziczności, ani wywiady, ani dotychczasowy przebieg nie przemawiał za gruźlicą, a codziennie powtarzane badania plwocin, tak przed injekcyjami jakoteż wśród i po takowych, tak sposobem Koch-Ehrlicha jakoteż Biederta dawały stałe wyniki ujemne.

U jednego z tych (Opaliński), który okazywał lekkie przytłumienie w szczycie pł. pr. z wdechem ostrzejszym, a wydechem silniejszym, wstrzykiwania dwurazowe 0·001 nie dały najmniejszego odczynu gorączkowego, a odczyn podmiotowy ograniczał się tylko do lekkiego bólu głowy, czemu jednak nie można przypisywać znaczenia, gdyż chory ten cierpi na hypochondryję znaczniejszego stopnia. Natomiast już przy tych dawkach powiększyła się śledziona i stała się macalną, ale co najważniejsza, już po pierwszéj dawce 0·001 pojawił się po str. pr. w okolicy kąta górnego wewnętrznego łopatki, w pasze u dołu i z przodu ponad stłumieniem wątroby, odgłos bębenkowy z szmerem wdechowym osłabionym i przerywanym. Objawy te po drugiéj dawce 0·001 zmniejszyły się, natomiast wystąpił bardzo wyraźny odgłos bębenkowy na przednim wewnętrznym brzegu płuca prawego z oddechem również w tem miejscu osłabionym. Rzężeń żadnych.

Dnia trzeciego zastósowana odrazu wielka dawka 0·020 nie wywołała żadnego odczynu ani gorączkowego, ani podmiotowego, za to śledziona powiększyła się jeszcze bardziéj, stała się zbita, ale bezbolesna, dokładniéj macalna, a odgłos bębenkowy na przednim wewn. brzegu pł. pr. stał się wyraźniejszy, szmery oddechowe w prawym płucu ostrzejsze, tylko na brzegu przednim wewn. słabsze, tamże furczenia, których poprzednio wcale nie było.

Przy zastosowaniu późniejszem codziennie dawek naumyślnie małych od 0·004—0·010, które żadnego odczynu ani gorączkowego, ani ogólnego nie wywołały, śledziona zwolna maleje, odgłos bębenkowy w innych miejscach płuca prawego znika, natomiast powiększa się w górnéj części wewnętrznego brzegu pł. prawego, a na całéj przybrzeżnéj części płuca pr. od przodu znajdują się bardzo wyraźne gwizdy i furczenia.

Ciężar ciała przed wstrzykiwaniami 53 kilgm. wynoszący, na drugi dzień po injekcyi 0·020 zmniejszył się do 52, ażeby przy następnych mniejszych injekcyjach podnieść się napowrót do 53 kil.

Jak przypadek ten tłumaczyć należy, dalszy przebieg okaże. Gdybyśmy się trzymali twierdzenia Kocha, to brak reakcyi gorączkowéj po 0·020 nakazywałby uważać chorego tego jako wolnego od gruźlicy, gdybyśmy jednak wzięli na uwagę reakcyję miejscową w płucach, na co pierwszy z nas, jako na stały objaw u chorych z gruźlicą płuc oprócz obrzmienia śledziony zwrócił uwagę na posiedzeniu Tow. lek. krak. jeszcze w d. 3 grudnia 1890, a więc prawie równocześnie z pierwszemi dokładniejszemi badaniami Noordena (*D. m. W.*, Nr. 49 z d. 4 grud. 1890), to mimo braku wszelkiego odczynu gorączkowego i podmiotowego i mimo braku prątków gruźliczych w plwocinach, trzebaby tego chorego uważać jako dotkniętego utajoną gruźlicą płuc.

To też w myśl spostrzeżeń nadmienionych w ustępie I. trzebaby zebrać większą ilość spostrzeżeń na osobach zupełnie zdrowych, ażeby się przekonać, czy oprócz zaostrzenia szmerów oddechowych, które po injekcyi środka Kocha zauważyliśmy u osoby zupełnie zdrowéj (Szydło), lub powiększenia się ilości rzężeń, jakie stwierdziliśmy u jednéj choréj z nieżytem oskrzelowym wcale o gruźlicę nie podejrzanéj (Radzik), środek Kocha zastosowany w dawkach diagnostycznych nie wywołuje także i osób zupełnie od gruźlicy wolnych lub tylko zmianami niegruźliczemi płuc dotkniętych, zmian miejscowych w płucach w postaci powstawania odgłosu bębenkowego na brzegach płuc, osłabienia tamże oddechu, pojawiania się objawów nieżytowych i t. p.

Że uwzględnianie saméj tylko reakcyi gorączkowéj bez baczenia pilnego na reakcyję miejscową w płucach nie wystarcza wogóle, na co pierwszy z nas jeszcze w początkach grudnia z. r. zwrócił uwagę, wynika to tak z tego przypadku, jak i z podobnego następnego:

Chora Jadwiga P., l. 20 licząca, leczona w klinice od 17/12 1888 do 12/1 1889 z powodu *taenia solium in ind. chloranaemico*, nie okazywała wtedy najmniejszych zmian w płucach, a ważyła 51 kilogrm. Dnia 24/11 1890 zgłasza się ponownie do kliniki z powodu osłabienia ogólnego, bolów przelotnych w kl. p. i kaszlu, które to przypadłości trwać mają od 3 miesięcy. Dziedziczności żadnéj, stan bezgorączkowy, plwociny śluzowe skąpe, prątków gruźliczych niema. Waga ciała 52 kilogrm. Blednica tego samego stopnia co przy pierwszym pobycie (ilość ciałek czerwonych 4.000.000, hemoglobiny 45%, stosunek ciałek białych do czerwonych 1:300). W żołądku objawy nieżytu kwaśnego. Kl. piersiowa w szczycie po pr. str. mniéj ruchoma, w szczycie prawym przytłumienie odgłosu wypukowego w dołku nadobojczykowym i na obojczyku, a z tyłu w szczycie na długości 6 ctm.; nadto szczyt prawy z tyłu nieruchomy. Wdech po stronie prawéj w szczycie słabszy, wydech nieco głośniejszy. Nigdy żadnych rzężeń. Stłumienie śledziony w wymiarze poprzecznym 6, w podłużnym 5½ ctm., niemacalna.

1. Injekcya 0·001 22/12 Max. ciepłoty 37·8, tętna 116. Śledziona większa (5. poprz. 10 cm. podł.).

2 Inj. 0·002 23/12. Max. ciepłoty 38.9, tętna 120, erytema, kaszel suchy, ponowne ziębienie, ból głowy, brak apetytu. W szczycie prawym szmery oddechowe zdają się słabsze a po nad obojczykiem lewym odgłos zdaje się być niższy i mniej pełny. Śledziona 6·5 i 10 ctm.

3 Inj. 0.002 24/12 Max. ciepłoty tylko 38, tętna 108, dreszcze, poty, suchy kaszel. Śledziona macalna, w wymiarach 7.5 i 11 ctm.; podżebrze prawe przy ucisku bolesne. W płucach żadnych zmian.

4 Inj. 0·002 25/12. Max. ciepłoty tylko 37·6, tętno 108; liczba oddechów przez cały czas między 20—26. Reakcyja podmiotowa w postaci miernego osłabienia, bezsenności i kaszlu suchego. Śledziona już nie macalna, w wymiarach 7 i 8 ctm.; podżebrze prawe jeszcze miernie bolesne. W płucach żadnych zmian reakcyjnych. Plwociny nie zmienione, prątków ani razu nie znaleziono (Ehrlich-Koch, Biedert).

Na podstawie typowéj reakcyi gorączkowéj już po dawce 0·002, reakcyi podmiotowéj, powiększenia się śledziony, bolesności podżebrza prawego, a wyczerpywania się reakcyi tak gorączkowéj, jakoteż podmiotowéj i w zakresie śledziony, już przy drugiej a jeszcze bardziej po trzeciej dawce 0.002, domyślaliśmy się pomimo braku innych podstaw rozpoznaw-

czych przecież zmian gruźliczych i spodziewaliśmy się, że po dawce silnej powstanie gwałtowna reakcyja, stan gorączkowy, jakoteż w płucach, tak jak to powstaje często u osób niewątpliwie gruźliczych już po dawkach znacznie mniejszych.

Oczekiwania nasze jednak w znacznej części nie ziściły się: po dwudniowej pauzie wywołanej obrzękiem zapalnym w miejscu ostatniego wstrzyknięcia, po wstrzyknięciu w dniu 29/12 ilości 0·030 powstała wprawdzie w 8 godzin reakcyja gorączkowa 39·9, która na tej wysokości utrzymymywała się godzin 7, tętno jednak tylko na godzinę jedną podniosło się do 128. reakcyja podmiotowa była także znaczna, (dreszcze, ból głowy i bezsenność), śledziona powiększyła się znacznie (8 i 12 ctm.) i stała się macalna. wątroba również stała się większą, ale — zmiany reakcyjne w płucach ograniczyły się tylko do pojawienia się lekkiego odgłosu bębenkowego po stronie lewej między brzegiem wewnętrznym łopatki a stosem pacierzowym i do bardzo nieznacznego przytłumienia z tyłu u dołu po stronie prawej bez rzężeń i bez zmian w szmerach oddechowych. Zmiany te już nazajutrz minęły, śledziona zmniejszała się coraz bardziej, wątroba trochę wolniej, tak że dopiero w dni 6 po inj. wróciła do stanu prawidłowego. Ciężar ciała po poprzednich małych injekcyjach o $^1/_2$ kilo mniejszy, pod wpływem injekcyi silniejszej dalej nie podupadł. Prątki w plwocinach nie pojawiły się.

Czy domysł, że chora ta mimo to nie okazuje gruźlicy, jest usprawiedliwiony, wykaże dalsza obserwacyja.

O szczegółach, które dotyczą zachowania się chorych niewątpliwie gruźliczych pod wpływem wstrzykiwań płynu Kocha, później zdamy sprawę.

Kraków dnia 5/1 1891.

II. Z zakresu chirurgii nerek.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Zanim jednak przystąpiłem do operacyi, musiałem sobie zadać pytanie, którą drogą mam się dostać do nerki? Najprzód należało rozstrzygnąć zasadniczo kwestyję, czy drogą przez jamę brzuszną (*nephrectomia transperitonealis*), czy też przez mięśnie brzuszne (*n. extraperitonealis*).

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że pierwsza droga z powyżéj wymienionych jest łatwiejszą, dla operatora wygodniejszą, dla pacyjenta o tyle przyjemniejszą, że po dokładnem zaszyciu obydwu blaszek otrzewny wszystko powinno się goić *p. primam*; nie mogę jednak powiedzieć, żeby ona była zawsze pewniejszą a mianowicie tam, gdzie z góry jest nam wiadomem, że natrafimy na części nieczyste, mogące jamę otrzewny zakazić, jakiemi tu być mogą ropa i rozkładający się mocz. Druga droga jest żmudną dla operatora, wymaga bowiem powolnego operowania według warstw anatomicznych, przykrzejszą dla operowanego dla częstszych opatrunków i możliwego ropienia następowego, lecz pewniejszą o tyle, że nie otwieramy przy tem jamy otrzewnowéj, przezco szanse zakażenia znacznie się zmniejszają. To też w niniejszym przypadku postanowiłem wobec przypuszczenia, że mamy zatrzymany mocz i krew i że rozkład tychże się już musiał rozpocząć, pójść tą ostatnią drogą. Wprawdzie ciągnęły mię dwie okoliczności do obrania drogi przez otrzewnę, a mianowicie wiadomość o skutecznéj, a drogą laparotomii dokonanéj nefrektomii przez Hochenegga i uwaga podana przez Maasa (l. c.), że wydarzy się szereg przypadków pęknięcia nerki, w których niepodobna będzie podwiązać krwawiące naczynia nerkowe za pomocą cięcia lędźwiowego podanego przez Simona. Co do pierwszéj jednak to nie było powiedzianem w owem krótkiem doniesieniu, czy to był przypadek świeży i wymagający nagłéj pomocy, czy też jak mój przechodzący w okres chroniczny; w pierwszym bowiem razie przemawiałbym za laparotomiją, jako za operacyją, dającą się prędzéj wykonać, w drugim zaś za nefrektomiją zaotrzewnową. Co zaś do uwagi Maasa, to nie obawiałem się téj ewentualności dlatego, że obierając drogę operacyi pozaotrzewnowéj, postanowiłem iść za radą Bardenheuera[1]), który podaje bardzo obszerne i wygodne cięcia nerkowe, przez niego także zwane cięciem wrotowem *(der einfache und der doppelte Thürflügelschnitt)*, za pomocą którego dostać się można do wielu organów śród- lub pozaotrzewnowych, a więc też i nerki, bardzo łatwo i wygodnie, a o któregoto cięcia zaletach miałem już niejednokrotnie sposobność przekonania się już to przy nefrotomijach, już też przy głębokich ropniach zaotrzewnowych.

Pozostało mi jeszcze przed przystąpieniem do operacyi zapewnić się, że druga nerka istnieje, a jeżeli, to przekonać się, czy znajduje się w prawidłowym stanie. Z dotychczasowego opisu i rozumowania wynika loiczne przypuszczenie, że mocz nerki prawéj gromadził się między tkankami do około nerki, że więc mocz, który pacyjent drogą naturalną oddawał, pochodził z nerki lewéj, a że mocz ten miał skład prawie od prawidła nie odchodzący, gdyż ledwie spostrzegalny ślad białka nie stanowi jeszcze nieprawidłowości, przeto przystępowałem do operacyi zupełnie z spokojnem sumieniem.

Dnia 23 października r. z. wykonałem w głębokiéj narkozie chloroformowéj operacyję w sposób następujący: od końca 11 żebra poprowadziłem prostopadłe cięcie ku grzebieniowi kości biodrowéj przez skórę i wszystkie trzy warstwy mięśniowe, dopóki nie dotarłem do powięzi poprzecznéj. Ta ostatnia była w niniejszym przypadku z otrzewną ściśle złączona, prawdopodobnie wskutek rozprężania tych części przez rosnący z głębi guz nerkowy, gdyż w chwili, gdy zamierzyłem powięź rozciąć na sondzie rowkowéj, aby dostać się do załamka otrzewny, otworzyłem zarazem i tę ostatnią, co jednak w niczem dalszemu zamierzonemu postępowaniu nie przeszkodziło, zaszyłem bowiem otrzewnę szczelnie, odszukałem jéj załamek, oddzieliłem od wyczuwanego w głębi rany guza, a następnie idąc za radą Bardenheuera przeciąłem odrazu mocnemi nożycami wszystkie warstwy aż do otrzewny w dwu kierunkach, na jakie 10 ctm., to jest od górnego końca rany wzdłuż łuku żebrowego ku wewnątrz i górze — i od dolnego końca rany ku wewnątrz i dołowi; przez co otrzymałem płat skórno mięsny, dający się ku linii środkowéj odchylić. Już przez to odsłoniłem ścianę guza dostatecznie, aby go zaś jeszcze lepiéj uwidocznić i sobie późniejsze manipulacyje w głębi ułatwić, dodałem jeszcze jedno cięcie Bardenheuerowskie od dolnego końca głównéj rany ku tyłowi, poczem cały boczny odcinek guza stał się widocznym i dozwolił nam stwierdzić, że ściana jego jest zbita, sino przeświecająca, a przy dotyku chełbocze. Za pomocą strzykawki Pravaza wydobyłem zupełnie czysty, jasno żółty płyn, który po wyjęciu igiełki ciągle kroplami się sączył w dowód wielkiego parcia płynu wśród tego guza tak, że zmuszony byłem otworek ten zamknąć na chwilę szczypczykami hemostatycznemi. Po rozpatrzeniu się w sytuacyi i dokładnem

[1]) *Der extraperitoneale Explorativschnitt.*

zatamowaniu krwotoku przeciąłem ową przeświecającą ścianę guza, z którego wypłynęło silnym strumieniem około dwóch litrów moczu z początku zupełnie jasnego, przy końcu jakby osad moczanów okazującego, a wreszcie w samym spodzie téj jamy znalazłem garść skrzepów krwi dobrze już przeistoczonych, szarych. Po wypłukaniu wnętrza téj jamy rozczynem kw. borowego 3% wyczułem wprowadzoną w głąb jamy ręką nerkę poprzecznie na dwie nierówne części pękniętą przez całą swą grubość tak, że rozstęp między niemi co najmniéj 2 cm. wynosił. Badając daléj wnętrze owéj jamy przekonałem się, że wewnętrzna jéj powierzchnia jest wyścielona jakby blaszką gładką, ślizką, która w pobliżu nerki przechodzi w jéj powłoki zewnętrzne zlewając się w jednę całość z jéj wnęką. Sączenia krwi z przepołowionéj nerki nie spostrzegłem wcale; dopiero gdy przy badaniu dolnego odcinka téjże samą istotę nerkową palcem odłuszczyłem od jéj torebki właściwéj czyli włóknistéj, zdaje się skutkiem przesiąknięcia krwią i lekkiego odczynu nieco zmienionéj, i gdy tę część nerki starałem się ku sobie pociągnąć, powstał dosyć znaczny krwotok skutkiem urwania się tego kawałka nerki w saméj wnęce. Tu się pokazała wielka korzyść wrotowego cięcia Bardenheuerowskiego, albowiem przystęp do wnętrza jamy był tak dogodnym, że naprzeciw mnie stojący główny asystent Dr. Podgórski mógł dogodnie krwawiące naczynie uchwycić palcami, poczem ująłem całą pozostałą dolną część torebki w mocne kleszczyki hemostatyczne i po za nią nałożyłem przewiązkę. To samo uczyniłem i w górnéj połowie, do któréj właściwe naczynia nerkowe dochodziły, z tą tylko różnicą, iż tutaj odłuszczyłem torebkę włóknistą nieco ściśléj złączoną ze ścianą owéj jamy i podwiązałem samą z niéj ogołoconą wnękę. Tak więc wydobyłem z osobna każdą część nerki, po których zestawieniu pokazało się, że pęknięcie drążyło przez całą grubość nerki i przez jéj miedniczkę do wnęki tak, iż w dole była jedna trzecia część jéj istoty wraz z częścią miedniczki i gałązką tętniczą odchodzącą od głównéj tętnicy nerkowéj; w górze zaś mieliśmy dwie trzecie istoty nerkowéj, przeważną część miedniczki z moczowodem i główne naczynia nerkowe.

Na zakończenie operacyi wystrzykano jamę jeszcze raz wodą karbolową i borową, wytamponowano gazą jodoformową, obok któréj wyprowadzono przewiązkę od głównéj tętnicy nerkowéj i szczelnie zaszyto ranę zewnętrzną, zostawiając po środku otwór na dwa palce objętości, którym wyprowadzono końce tamponów z gazy jodoformowéj.

Operacyja trwała 160 minut; czystego chloroformu zużyto do uśpienia 10 gramów, odtąd zaś do końca operacyi 55 gramów. Podczas operacyi wymiotował pacyjent raz jeden.

Przebieg po operacyi był następujący:

23/10 zaraz po operacyi albo raczéj przy jéj końcu chory zapadł na siłach tak, że zamiast chloroformu podawano podczas szycia rany eter siarczany do wdechiwania (4 gm.), również zastrzyknięto pod skórę eter z kokainą (2 cg.). Stan ten trwał przez trzy godziny pomimo, że chory się obudził i rozmawiał. Przy podawaniu czarnéj kawy z koniakiem, wina, ogrzewaniu ciała itp. udało się podnieść siły, tętno i temperaturę ciała do 36·5. W nocy spał z przerwami skarżąc się na ból gniotący w prawym boku.

24/10 r. 37·1, w. 38. Moczu oddał w pierwszych 24 godzinach 450 kcm., a w nim mocznika 10·95 gm. Polecono pić dużo płynów. Na noc wstrzyknięcie morf.;

25/10 r. 37·4, w. 37·5. Moczu 900 kcm., a w nim mocznika 30·58 gm. Bóle w boku mniejsze, skarży się na uporczywy kaszel;

26/10 r. 37·5, w. 37·6. Moczu 980 kcm.;

28/10 r. 37·4, w. 37·7. Moczu 1130 kcm., skarży się na kłucie w prawym boku; stwierdzono z tyłu w dole po prawéj stłumienie i oddech oskrzelowy;

28/10 moczu 1400. Kłucie w boku mniejsze. *Ol. Ricini;*

29/10 moczu 1800. Stolce kilkakrotne. Pierwszy opatrunek, który był miernie przesiąknięty.

Znaczna ulga po usunięciu tamponów z gazy jodoformowéj; odtąd kłucie ustało.

Odtąd opatrunki zmieniano co 2 lub 3 dzień, rana bowiem cała *p. primam* zgojona tylko w samym środku otwór, wypełniony gazą jodoformową. Bólów prawie żadnych; ruchy coraz swobodniejsze. Moczu średnio 1200 kcm. na dobę, tylko przez kilka dni zmniejszyła się jego ilość na 500 do 600 z powodu rozwolnienia. Najwięcéj trapiła chorego z początku bezsenność, przeciw któréj używaliśmy z początku morfiny, późniéj zaś sulfonalu. Temperatura ciała prawidłowa, podnosiła się tylko wyjątkowo, jeżeli ropa w głębi się zatrzymała. Powoli powracał apetyt, a wskutku tego i siły. W 4 tygodnie po operacyi zaczął chory siadać na fotelu, późniéj zwolna się przechadzać, a w niespełna dwa miesiące po operacyi opuścił zakład jako zupełnie wyleczony.

Spokojne i dokładne rozważenie niniejszego przypadku nasuwa nam następujące uwagi:

1) C o d o r o z p o z n a n i a. Operacyja stwierdziła, że rozpoznanie pęknięcia nerki było słusznem, że zatem opieranie się na takich przypadach, jak *shock* zaraz po wypadku, ból w okolicy nerki, krwawe moczenie, a głównie obrzęk w okolicy nerki zwolna, lecz ciągle wzrastający jest usprawiedliwionem.

2) P u n k c y j a p r ó b n a guza powstałego wśród jamy brzusznéj dokonana w czasie operacyi pociągnęła za sobą ciągłe sączenie się płynu, z czego wynika, że taka punkcyja próbna, wykonana w celach dyjagnostycznych przez skórę, chociażby i tak cienką igiełką jak Pravaza, mogłaby się stać przyczyną zaburzeń w dotychczasowym przebiegu choroby i uczynić wątpliwym wynik późniéj przedsięwziąść się mającéj operacyi. Jeżeliby się już konieczną okazała taka punkcyja, to radziłbym wykonać ją za pomocą przyrządu D i e u l a f o y lub P o t a i n a tak, żeby nietylko otrzymać płyn, lecz znieść zarazem jego napięcie śród nowowytworzonéj torby, a to tembardziéj, że postępowanie to mogłoby w pewnych przypadkach mieć doniosłość pod względem rozpoznawczym. W statystyce R e c z e y a (l. c.) mamy bowiem zanotowany jeden (3) przypadek, w którym lekarz wyciągnął w 2 miesiące po urazie z guza w okolicy nerek powstałego około 2000 kcm. jasnego płynu, poczem nastąpiło wyleczenie, ile że płyn więcéj nie powrócił, tylko pozostały bóle w boku, które utrzymywały się jeszcze po 3 latach (O b s. D e l a b o r t). Jakiéj więc doniosłości był uraz w tym przypadku, ocenić nie możemy, prawdopodobnie mniejszéj, gdyż byłby się płyn znów uzbierał, gdyby obrażenie było tego stopnia, jak w moim obecnym przypadku. W każdym razie możnaby w lżejszych przypadkach w ten sposób chorobę usunąć, w tych zaś, w których przyszłoby do ponownego zebrania się płynu w guzie, mielibyśmy dowód cięższego urazu, wymagającego doszczętniejszego postępowania.

3) Okoliczność, że tak ciężki uraz nerki, jak jéj przedarcie na wskroś, nie pociągnęło za sobą ani tak znacznego moczenia krwią, ani też zebrania się większéj ilości krwi do około nerki, wyjaśniają nam stosunki znalezione przy operacyi, a mianowicie wytworzenie się torby o ścianach cienkich, lecz zbitych, sięgającéj aż do wnęki nerkowéj, tak że przepołowiona nerka była torbą tą objęta. Mocz zbierający się w niéj, znajdował się przeto pod wielkiem parciem i uciskał na moczowód, jakoteż i na naczynia krwionośne, skutkiem czego przyszło do powstrzymania odpływu moczu z téj nerki do pęcherza, jakoteż i do zatamowania się miejsc broczących.

4) Rozpatrzywszy się w stosunkach, znalezionych podczas operacyi, przyszedłem do przekonania, że torba ta utworzoną być mogła tylko przez torebkę nerki zewnętrzną czyli

tłuszczową (*capsula adiposa*); aby jednak mieć pod tym względem pewność, udałem się do mego niegdyś kochanego nauczyciela, a obecnie szanownego kolegi i przyjaciela prof. Teichmanna z prośbą, aby mi stosunek téjże torebki do nerki wyjaśnić raczył. Bardzo prostym sposobem, bo nastrzyknięciem zabarwionéj masy klejowéj w siatkowate przestwory owéj torebki wykazał on mi, że z wolna dostający się płyn gromadzi się w owych przestworach, zbijając oka jéj siatki coraz gęściéj, tak że masa daje się w zupełności utrzymać, przyczem z niéj i z owéj siatki tworzy się zbita warstwa. Jeżeli to otrzymać można w nerce wziętéj z trupa, o ileż łatwiéj wytworzą się te stosunki w tkaninie żywéj, w któréj okach osiędą skrzepy krwi wynaczynionéj. Niech mi wolno będzie na tem miejscu prof. Teichmannowi, jakoteż jego asystentowi Drowi Karpińskiemu za trud przez nich dla mnie podjęty wyrazić słowa najgłębszéj wdzięczności.

5) Oprócz tych dopiero co opisanych, a według mego zapatrywania dla pacyjenta korzystnych stosunków, powstać mogą skutkiem urazu nerki wewnętrznego czyli podskórnego i inne następstwa o wiele na razie niebezpieczniejsze niż poprzednie. Jeżeli bowiem nietylko sama nerka ze swoją torebką właściwą pęknie, lecz także i torebka tłuszczowa, natenczas krew i mocz rozsuwają tkankę łączną niczem nie powstrzymywane i stają się przyczyną z jednéj strony groźnéj niedokrewności, z drugiéj zaś złośliwych zapaleń tkanki łącznéj w pobliżu ważnych organów. Jeszcze groźniejszem będzie niebezpieczeństwo w razie równoczesnego pęknięcia otrzewny ściennéj do nerki przylegającéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Takim jest ogólne zachowanie się przesączu żołądkowego w zapaleniu nerek. Ale powtarzam, stopień tych zaburzeń jest różnym. Najwyraźniejszemi są wahania zawartości kwasu solnego i modyfikacyje, którym podlega ilość tego związku, wpadają w oczy. U jednego i tego samego osobnika brak zupełny kwasu solnego może przejść w dość znaczną, choć niższą od normy zawartość i odwrotnie. Wahania te zależą od różnorodnych momentów, z których kilka udaje się wyłączyć i znaleść zależność pomiędzy niemi i stopniem zaburzeń trawienia żołądkowego. Za najważniejszy czynnik należy uważać okres choroby, względnie stan wydzielania moczu, daléj grają rolę natężenie, trwanie przypadku; nie można także odrzucać wpływu uremii. Rozbierzemy w kilku słowach znaczenie tych czynników dla zawartości kwasu solnego.

Co się tyczy okresu choroby zauważamy, że w obecności obrzęków i oliguryi zmniejszenie ilości HCl jest znaczniejszem, niż przy obfitem wydzielaniu moczu i po zniknięciu obrzęków. W téj zmianie zjawisk największe znaczenie posiada stan wydzielania moczu. Można było zauważyć, szczególnie w przypadkach lżejszych zapalenia nerek, ścisły związek pomiędzy wydzieliną żołądkową i nerkową; gdy tylko ilość moczu się zwiększyła, wzmagała się zawartość kwasu solnego w żołądku. Zawartość HCl rosła równolegle z polepszeniem. W przypadkach ostrego zapalenia nerek ilość kwasu solnego szybko wraca do normy; jeśli zaś choroba przechodzi w stan chroniczny i chory mimo braku obrzęków i dostatecznéj ilości moczu traci ciągle białko, zawartość kwasu solnego nie wraca do normy, a odchyla się od niéj mniéj lub więcéj, stosownie do okoliczności, o których mowa niżéj. Przypadki przewleklego zapalenia nerek, które badałem w okresie względnego zdrowia, przy braku obrzęków i dostatecznéj ilości moczu, wykazywały zawsze zmniejszoną zawartość kwasu solnego. Zresztą w tym okresie nie widziałem ani razu zupełnego braku wolnego HCl, chociaż niekiedy fluoroglucynowanilina wykazywała ledwie ślady tegoż. Z drugiéj strony jeśli tylko nastąpi pogorszenie i zjawi się oliguryja i obrzęki, anomalije HCl nasilają się. Ale i w tym razie może nastąpić poprawa funkcyi żołądka, jeśli tylko polepsza się czynność nerek.

Na stopień zmniejszenia zawartości HCl w okresie oliguryi wpływa natężenie przypadku. O intenzywności cierpienia można było sądzić z ogólnych oznak. Stosownie do tego, im większe są obrzęki, im mniejsza ilość moczu i słabsza funkcyja nerek, im więcéj wydziela się białka, tem znaczniéj jest zmniejszoną zawartość kwasu solnego w żołądku. W skutek tych wpływów obserwujemy, że w ogóle w ciężkich przypadkach zapalenia nerek kwasu solnego w okresie obrzęków brak zupełny, a w lekkich znajduje się natomiast w pewnéj ilości. Stan czynności nerek nie traci przytem swego znaczenia, i stosownie do tego w ciężkich przypadkach ilość HCl zwiększa się, jak tylko zjawia się polepszenie. W ciężkich przypadkach trzeba było dłużéj czekać na zjawienie się kwasu solnego, niż w lekkich, ponieważ i w pierwszych czynność nerek wolniéj się poprawiała niż w drugich.

Z natężeniem przypadku znajduje się w ścisłym związku wpływ trwania jego. Prawda, określenie jak długo trwa *nephritis*, nie jest rzeczą łatwą. Że chorzy poraz pierwszy cierpią na obrzęki i oliguryję, nie stanowi jeszcze dowodu, że choroba istnieje tylko od tego czasu, przeciwnie wydzielanie białka w moczu może trwać długo i choroba tym sposobem przebiegać skrycie, póki ujawni się niedostateczna czynność nerek. Zresztą wogóle te nasze przypadki, w których objawy choroby istniały dłużéj, przedstawiały większe zmniejszenie zawartości HCl w przesączu żołądkowym, niż te, gdzie obrzęki i oliguryja istniały po raz pierwszy. Fakt ten ujawniał się najlepiéj w okresach względnego zdrowia. Wskutek takiego wpływu trwania choroby zdarzało się, że chociaż przypadek należał do lekkich, zawartość HCl z powodu długiego trwania choroby była osłabioną znaczniéj, niż w przypadkach ciężkich z krótkiem trwaniem.

Wpływ nadmienionych momentów kombinował się w oddzielnych przypadkach tak, że często trudno było określić, dlaczego istnieją takie a nie inne zmiany, których oczekiwaliśmy, sądząc z większości obserwacyj. Trzeba było więc przypuścić, że i inne czynniki i warunki, które trudno było na razie wykryć, grają rolę w zaburzeniach trawienia w zapaleniu nerek. Zdarzało się np., że kwas solny znajdował się nie w bardzo małéj ilości w przypadkach, które z powodu swego natężenia okresu nie powinny były zawierać

HCl. Niekiedy zawartość HCl w żołądku zmniejszała się, mimo że pogorszenia znacznego nie było, a późniéj znowu przy dostatecznéj dyjurezie rosła w górę. To znowu zawartość HCl obniżała się, pomimo że obrzęki zupełnie zniknęły lub prawie nie istniały. Ostatnie zjawisko stale prawie towarzyszyło objawom mocznicy i, jak można było wnioskować, wywołane było przez nie. Nie udało mi się ani razu badać przypadku w silnie wyrażonéj mocznicy; obserwowałem jednak trawienie żołądkowe w kilku przypadkach z ogólnemi objawami uremicznemi (ból głowy, wymioty). W tych warunkach kwas solny znajdował się zawsze w bardzo nieznacznych ilościach, chociaż stósownie do innych oznak tu nie powinno było mieć miejsca.

Przedstawiona zależność sekrecyi żołądkowéj w zapaleniu nerek od różnych czynników występuje jasno na zawartości kwasu solnego. Powinienem przytem dodać, że istnienie téj zależności mogło być wykryte przy używaniu śniadania próbnego Ewalda. Inne próby, a szczególnie zawierające mleko, wykazywały zawsze silniejsze i dłużéj trwające zaburzenia, niż je konstatowała próba Ewalda. Tak kwas solny (określony jakościowo według Günzberga) nie zjawiał się lub nie zwiększał przy zwiększeniu ilości moczu, nie istniał nawet przy braku obrzęków. W tych razach określanie ilościowe według Sjöquista okazywało się nader pożytecznem; udawało się dowieść istnienia kwasu solnego w przesączu żołądkowym, w analogii do innych tego rodzaju przypadków, chociaż fluoroglucynowanilina nie dawała żadnych rezultatów. Różnica taka mogła być objaśnioną faktem, że mleko wiąże bardzo dużo wolnego kwasu solnego i przez to śniadanie mleczne wykazywało większe zaburzenia, niż one w rzeczywistości istniały. Osłabiona funkcyja żołądkowa naturalnie sprzyjała temu.

Na zaczynach soku żołądkowego w zapaleniu nerek nie można było skonstatować podobnych wahań jak na kwasie solnym. Pod tym względem występowały tylko różnice jakościowe; o ile istniały tu i ilościowe, trudno było zadecydować. W ogóle jednocześnie z polepszeniem procesu chorobowego polepszała się także i czynność fermentów; zresztą zwrócę jeszcze raz uwagę, że nawet w lekkich przypadkach trawienie pepsynowe było silnie upośledzone. Zupełny brak pepsyny udawało się konstatować, być może jeszcze częściéj, niż zupełny brak wolnego kwasu solnego. Fakt ten obserwowałem nie tylko w przewlekłych, ale i w ostrych przypadkach. W jednym przypadku obserwowałem, że czynność fermentu sernikowego prędzéj wróciła, niż zdolność trawienna przesączu: mleko ścinało się bardzo dobrze, a krążek białka nie był jeszcze przetrawiony należycie.

Mimo silnie osłabionéj sekrecyi żołądkowéj nie widzieliśmy oznak zbyt silnego rozwoju procesów fermentacyjnych w żołądku, których mogliśmy się spodziewać z powodu osłabienia antiseptycznéj sprawności żołądka. O ile można było wnioskować z siły reakcyi kolorymetrycznéj kwas mleczny nie zawierał się w przesączu żołądkowym w zbyt znacznych ilościach, w porównaniu z temi, jakie konstatowaliśmy u zdrowych ludzi przy takich samych warunkach. Niekiedy wprawdzie reakcyja Uffelmanna była wyraźną i to zjawisko najczęściéj zdarzało się jednocześnie z wysoką kwasotą przesączu żołądkowego, mimo to, że kwasu solnego było w nim bardzo mało. W przypadkach tego rodzaju należało przypuścić silniejszy rozwój fermentacyj. Ale to obserwowałem nie często. Brak silnego rozkładu w żołądku zgadzał się z tem, co obserwowałem względem czynności ruchowéj żołądka w zapaleniu nerek. Nie przeprowadzałem w tym kierunku szczegółowych badań za pomocą jednéj ze stosowanych metod, jednakże udało mi się zauważyć ciekawe szczegóły. Nie obserwowałem nigdy w swoich przypadkach silnie wyrażonego niedowładu żołądka; rano zawsze znajdowałem żołądek pustym, nawet jeżeli chory w nocy przyjmował pokarm. Oprócz tego często konstatowałem przyspieszone wydalanie zawartości żołądka do kiszek. Nieraz w $^3/_4$ godziny po próbie białkowéj nie mogłem nic wydobyć z żołądka, po śniadaniu Ewalda zaś bardzo mało. Kilka razy po 250 ctm.^{3} mleka już po godzinie znajdowałem żołądek pustym, płyn przemywający był prawie czystym, mimo to, że według badań Reichmana[1]) taka ilość mleka opuszcza żołądek ledwie w 2—2$^1/_2$ godziny. Tę zwiększoną czynność ruchową żołądka obserwowałem nie tylko w przypadkach świeżych ale i w trwających $^1/_2$—1 roku, jeżeli tylko zwracałem uwagę na to zjawisko. Czy przytem istnieje jaka zależność od okresu choroby lub od innych warunków, nie mogę odpowiedzieć; obserwowałem ten fakt i w lekkich i ciężkich przypadkach, przy zupełnym braku kwasu solnego w żołądku i przy zawartości jego.

Przedstawione zachowanie się trawienia żołądkowego dotyczy ostrych i przewlekłych miąższowych form zapalenia nerek. W 3 dość czystych przypadkach marskości nerek, z których jeden przybył do kliniki z zaburzeniami działalności sercowéj i chorował już oddawna, drugi skarżył się na przypadłości żołądkowe, a trzeci przedstawił się w dość dobrym stanie zdrowia z poliuryją (2500—3000 ctm.), znalazłem także osłabienie czynności wydzielniczéj żołądka. W pierwszych 2 przypadkach HCl brakło zupełnie, w 3 znajdował się w małéj ilości. Stan fermentów i innych części składowych przesączu odpowiadał ogólnym faktom.

Przytoczę teraz kilka przykładów.

Przypadek 1. Karw., 48 lat, chora na obrzęki od tygodnia. Od 2—4 dni bóle głowy, bezsenność, niekiedy wymioty. W sercu i płucach nic nienormalnego, obrzęki małe, moczu ok. 1000^3 ctm., dosyć białka, wałeczki. Skargi dyspeptyczne. Stolec codziennie. Próba Ewalda przez cały czas. 25 Sierp. Woln. HCl brak zupełny; pept. są, mleczny umiarkow.

27/VIII. HCl brak, og. kwasota 28, pept. wyraźne, mlecz. mało. Objawy uremiczne istnieją. Oprócz *kali acet.—inf. sennae* przez 27—28. Obrzęki mniejsze.

31. HCl b. słabo. Mleczn. mało, pept. słabo, Moczu od 2 dni 1600—2000 ctm. Obrzęki mniejsze, białka mniéj. Bóle głowy jeszcze istnieją. Skarg dyspeptycznych niema już.

3 Wrześ. HCl 0,0113%, og. kwas 52, pept. wyraźne, mleczny wyraźnie, *kali acet.* Uremicznych objawów już niema.

7. W. HCl 0,0169%, og. kwasota 38, pept. wyraźne, mleczny jest, labfer. niema. Przesącz z kw. solnym i bez niego przetrawia we 24 g. nie wszystko. Obrzęków niema. Moczu 1600—1800. *Kali acet.* Niema skarg dyspeptycznych.

12. HCl 0,0146%, og. kwas. 48, pept. wyraźne, mleczn. jest, lab. niema. Przesącz +HCl przetrawia więcéj niż —HCl, ale nie wszystko. Bez lekarstw. Obrzęków niema, białka w moczu niewiele.

16. HCl 0,0226%, og. kwas. 44, pept. wyraźne, mleczn. mało, lab. niema. Przesącz +HCl trawi więcéj niż —HCl. Moczu 1600—1900^3 ctm.

18. HCl 0,0678%. Og. kwas. 40, pept. wyraźne. lab. niema.

[1]) Gazeta Lekarska, 1884.

20. HCl 0,0452%. Og. kw. 46, pept. wyraźne, mleczn. mało, lab. obecny. Chora wyszła z kliniki z małą ilością białka w moczu. Po 2 tygodniach obrzęki. Dyspeptyczne objawy istniały tylko przez pierwszych kilka dni. Żołądek rano zawsze pusty. Dyjeta mleczna.

Przyp. 2. Kwiec., 45 l., obrzęki od 4 miesięcy zmniejszają się i zwiększają same przez się. Nigdy objawów moczniczowych nie było. Chora nie leczyła się jeszcze. Nie było nigdy i niema teraz objawów dyspeptycznych. Stolec prawidłowy. Dość znaczne obrzęki, moczu 900—1000 ctm. Mało białka. Słaba *bronchitis*. Serce zdrowe. *Kali acet.* Próba Ewalda.

28. Wol. HCl brak, og. kwas. 22, pept. i mleczny słabo.

30. W. HCl brak, og. kw. 18, pept., mleczn. słabo, moczu 1800, mało białka.

7 wrześ. W. HCl słabo, 0,0113%, og. kw. 22, pept., mleczn. słabo, lab. brak. Od 3 wrześ. obrzęki zmniejszają się, moczu 3000—5000 ctm. Odstawiono *kali acet.*

12. W. HCl słabo, og. kw. 24, pept., mleczn. słabo, lab wątpliwy. Przesącz +HCl trawi mało, bez HCl nic. Obrzęków prawie niema. Białka mało.

14. HCl 0,0113%, og. kw. 22, pept., mlecz. słabo, lab. niema. Moczu około 4000, białka mało.

Zwykła dyjeta mięsna. Nie było zupełnie skarg gastrycznych. Żołądek rano pusty. Po śniadaniu wydobywano b. mało, 2—3 razy mniéj niż w przyp. 1-szym

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Błękit metylenowy jako środek uśmierzający ból.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Nr. 6, Marcin A. lat 53, szewc. Przyjęty do szpitala dnia 1-go Października 1890. Od trzech dni cierpi na bóle w prawéj nodze, rozprzestrzeniające się od pośladka ku stopie. Przy ucisku wykazać można punkty bolesne nerwu kulszowego. D. *Ischias dextr.*

D. 1/X. Zastrzyknięto rano w prawe udo 0·04 Mb.

D. 2/X. twierdzi, że już prawie niema rwania w nodze, jednak czuje ból jeszcze dotkliwszy i bardzo silne pieczenie w miejscu zastrzyknięcia. Zastrzyknięto powtórnie 0.04 Mb. Wieczorem chory twierdzi, że już jest zdrów na nogę zupełnie, żąda koniecznie wypuszczenia ze szpitala i ani słyszeć nie chce o ponownem zastrzykiwaniu. Noga na około miejsca zastrzyknięcia obrzmiała i silnie zaczerwieniona, w końcu występują dreszcze. Ciepłota 38·9 C.

D. 3/X· Obrzmienie trwa daléj, jest silnie zaczerwienione i bardzo bolesne. Ciepłota ranna 37·5, wieczorna 38·4.

D. 4/X. Obrzmienie nieco mniej bolesne, ciepłota ranna 36·5, wieczorna 37·5.

Nr. 7, Katarzyna M. lat 27, służąca. Zgłosiła się do lecznicy dnia 2/X, 1890. Od Maja b. r. cierpi na silne bóle, rozchodzące się wzdłuż lewéj nogi. Bóle te trwają wciąż, jakkolwiek od dwóch miesięcy z mniejszem nieco nasileniem. Punkty bolesne wzdłuż nerwu kulszowego. D. *Ischias sin.*

D. 2/X. Zastrzyknięto w lewe udo 0·04 Mb. W kilka godzin potem bóle wzmogły się, w całéj nodze rwie — pieczenie silne w okolicy zastrzyknięcia.

D. 3/X. Zastrzyknięto 0·04 Mb. Bóle jeszcze gwałtowniejsze, noga obrzmiała, zaczerwieniona i bolesna. Wieczorem wystąpiły dreszcze i gorączka

D. 4/X. Ciepłota ranna 38·1 C. Dano wewnętrznie rano i wieczór 0·20 Mb. Po pierwszéj dawce wystąpiły bóle w żołądku i nudności, po drugiéj zaś wymioty, które występowały jeszcze pięć razy w ciągu dwóch dni następnych, Zaprzestano podawać błękit metylenowy i zalecono inne leczenie. Chorą widziałem ostatni raz w pięć tygodni potem, noga była jeszcze obrzękłą, twardą, zaczerwienioną, skóra łuszczyła się na około miejsca zastrzyknięcia.

Nr. 8. Jędrzej Cz., lat 58, robotnik kolejowy. Przyjęty do szpitala dnia 2/X. Od czterech dni cierpi na bóle kłójące z lewéj strony klatki piersiowéj. W przestworach międzyżebrowych dolnych punkty bolesne. D. *Neuralgia intercostalis sin.*

D. 3/X. Zastrzyknięto podskórnie 0·04 Mb. W kilka godzin potem bóle wzmogły się znacznie, w miejscu wstrzyknięcia powstał dość znaczny obrzęk i zaczerwienienie.

D. 4/X, dano wewnętrznie rano i wieczór po 0·3 Mb. Bóle trwają z jednakiem nasileniem.

D. 5/X dano rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Bóle jednakie, nadto wystąpiły nudności.

Nr. 9. Ignacy B., lat 14, uczeń gimnazyjalny. Od dwóch tygodni cierpi na bóle rwiące nad lewem okiem. Nerw nadoczodołowy przy ucisku nader bolesny. Śledziona prawidłowa. D. *Neuralgia supraorbitalis sin.*

D. 15/X podano rano i wieczór 0·2 Mb. wewnętrznie.

D. 16/X, bóle trwają jednakowo. Podano rano, w południe i wieczór 0·2 Mb.

D. 17/X. Stan ten sam. Podano rano, w południe i wieczór 0·3 Mb

D. 18/X. Bóle wzmogły się, przytem wystąpiły nudności. Podano rano, w południe i wieczór 0·3 Mb. Bóle trwają z jednakiem nasileniem, nadto wystąpiły wymioty.

Nr. 10. Józef M., lat 30, portyjer kolejowy. Podczas wypadku na kolei nabawił się nerwicy, którą opisałem w artykule p. t. „O nerwicach urazowych“, Przegląd Lekarski, 1890. U wymienionego chorego wystąpiły bóle w zakresie nerwu nad i pod oczodołowego prawego. Przyjęty został do szpitala dnia 24/IX. D. *Neuralgia supra et infraorbitalis.*

D. 24/IX. Podano wewnętrznie wieczorem 0·20 Mb. Bóle trwały w nocy jak i poprzednio.

D. 25/IX. Podano rano i wieczór po 0·2 Mb. Noc była bardzo zła, bóle się zwiększyły.

D. 26/IX. Dano wewnętrznie rano i wieczór po 0·2 Mb. Stan jednaki, przytem wystąpiły nudności i odbijania.

Oprócz wyżéj wymienionych przypadków, zastrzykiwałem jeszcze lub podawałem wewnętrznie błękit metylenowy u sześciu chorych, a mianowicie w trzech przypadkach reumatyzmu stawowego, jednym mięśniowego, jednym nerwicy kulszowéj i jednym nerwicy V pary (*tic douloureux*). Przypadków tych nie opisuję poszczególnie, gdyż już po jednorazowem zastrzyknięciu a nawet po daniu jednéj większéj dawki wewnętrznie, chorzy wzbraniali się przyjmować ten lek dla gwałtownych bólów, lub nieznośnych nudności i usuwali się z pod dalszego leczenia.

We wszystkich przypadkach mocz bywał zabarwiony, jak to opisują Ehrlich i Leppmann, zielonkowato, aż do ciemno-niebieskiego. Tak samo kał, ślina a nawet i pot.

Działanie więc tego środka da się krótko streścić w następujący sposób: Przy zastrzykiwaniu powstawał prawie zawsze obrzęk bolesny, zaczerwieniony, czasem występowała gorączka, bóle zaś potęgowały się prawie bez wyjątku nader gwałtownie. Jeden tylko przypadek zdaje się stanowić wyjątek, a mianowicie Nr. 6, gdzie chory twierdził, że bóle, na które poprzednio cierpiał, ustały. Ponieważ jednak równocześnie skarżył się na nieznośny ból w miejscu zastrzyknięcia, wypraszał się bardzo od dalszych i żądał wypuszczenia ze szpitala mimo dreszczów i gorączki, sądzę, że można całkiem słusznie przypuszczać, że to nagłe wyzdrowienie wywołała obawa przed dalszemi a tak bolesnemi zastrzykiwaniami. Gdyby nawet tak nie było, to gwałtowna reakcyja, jak gorączka pojawiająca się jedynie w skutek zastrzyknięcia błękitu metylenowego w kilku przypadkach, wszelkie bowiem inne przyczyny zostały stanowczo wykluczone, musiałaby obniżyć zupełnie wartość tego środka. To

samo uczyniłoby także nader niemiłe stosowanie tegoż. Ręce lekarza, strzykawka, bielizna chorego itd., barwi się przy najostrożniejszem użyciu. Kto raz spróbuje wstrzykiwać ten środek, pozna, ile on nieprzyjemności sprowadza z powodu nadzwyczajnéj intenzywności. Wewnętrzne stosowanie bólów wprawdzie nie zwiększało, jednak też ich nie usuwało, a wywoływało prawie bez wyjątku znaczne zaburzenia ze strony żołądka.

Skąd ta sprzeczność rażąca z wynikami Ehrlicha i Leppmanna? Używałem przetworu tego samego co i oni, w tym samym roztworze i w tychże samych przypadkach, jużto cięższych, jużto lżejszych, a jednak pierwsze zaraz próby powinny mnie były do niego zupełnie zniechęcić. Ponieważ jednak poczyniłem je na przypadkach bardzo ciężkich, jak Nr. 1 i 5, sądziłem, że może w lżejszych postaciach będzie skuteczniejszy i próbowałem daléj, z tym samym arcysmutnym wynikiem. Mając tak ujemny skutek, powinienem się był może ograniczyć do krótkiego doniesienia o braku wartości tego środka. Jeśli zaś obszerniéj nieco to zrobiłem, opisując szczegółowiéj 10 przypadków, to jedynie dla tego, że jak mnie samemu się zdawało, nazwisko Ehrlicha powinno było dawać rękojmię, że choć coś jest na tem prawdziwego; tem więcéj przeto uważałem za stosowne nieco dokładniéj rzecz podać i poprzeć protokółami a nie poprzestać na gołosłownem przeczeniu. Przytem niechciałem czytelnika wprawić w zdziwienie, że tak rażąco sprzeczne twierdzenie moje z wynikami Ehrlicha i Leppmanna nie poparte jest prawie niczem, tak jak u tychże autorów, którzy zalecając ten środek podali zaledwie jeden przypadek z 40-tu pomyślnych, pozostawiając resztę dobréj wierze czytelnika. Tym razem wiara ta została całkowicie zawiedziona, błękit metylenowy bowiem nietylko nie uśmierza bólów, lecz zastrzykiwany potęguje i jest środkiem wprost szkodliwym.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dra Napoleona Cybulskiego: Fizyjologija człowieka. Część I. Warszawa, 1891. Duża 8-ka str. 239.

Największą bez wątpienia potrzebą naszego piśmiennictwa lekarskiego jest zaradzenie brakowi dzieł, z którychby uczeń medycyny mógł czerpać swą wiedzę, a lekarz praktyczny odświeżać od czasu do czasu zapas wiadomości swych podczas lat uniwersyteckich nabyty. Naturalnym biegiem rzeczy brakowi temu zaradzić winni profesorowie uniwersyteccy przed wszystkimi innymi. Dlatego zważywszy, iż więcéj niż 30 lat upłynęło od wydania znakomitych dzieł treści fizyjologicznéj prof. Majera, nie obejmujących wszakże całości przedmiotu, a dwadzieścia kilka lat od ukazania się fizyjologii ś. p. prof. Piotrowskiego, niestety niedokończonéj, z upragnieniem oczekiwaliśmy dzieła oryginalnego, któreby przedstawiło nam całą fizyjologiję ludzką ze stanowiska dzisiejszéj umiejętności.

Taką książką, któréj autor daje nam zupełną rękojmię, iż będzie ona pod każdym względem odpowiadać swemu celowi, jest wydana co właśnie w pierwszéj części fizyjologija prof. Cybulskiego. Dlatego uważamy za swój obowiązek zapoznać czytelników Przeglądu Lekarskiego z jéj treścią.

Po krótkim wstępie, w którem sz. autor trafnie określa fizyjologiję i zręcznie wprowadza czytelnika do przedmiotu, idzie pierwszy rozdział o krwi, w którym jest opis składników morfologicznych i chemicznych, tudzież przymiotów krwi fizyjologicznych; w drugim rozdziale mowa o limfie, w trzecim o mięśniach pod względem tak budowy anatomicznéj jak i działania fizyjologicznego, tudzież objawów tego działania, a w 4-tym i ostatnim mieści się ogólna fizyjologija i histologija układu nerwowego, która dla oryginalności i trafności przedstawienia ze szczególnem przeczytaliśmy upodobaniem.

Nie widzimy potrzeby zastanawiać się nad treścią poszczególnych rozdziałów tem bardziéj, iż autor zajmuje wszędzie stanowisko obecne nauki a sposobem przedstawienia dowodzi, iż jest panem przedmiotu pod względem nie tylko umiejętnym, ale i dydaktycznym, co nie zawsze, jak wiadomo, idzie ze sobą w parze. Tak są dzieła napisane przez wielkie znakomitości a niepraktyczne do nauki, tak naodwrót są nieraz proste kompilacyje, które w zupełności odpowiadają swemu celowi dydaktycznemu. Otóż prof. Cybulski dał nam dzieło oryginalne, wysoce naukowe a mimo tego bardzo stosowne dla uczniów i lekarzy. Z prawdziwym też pożytkiem odczyta je tak lekarz chcący dowiedzieć się dzisiejszego stanowiska nauki tak ważnéj pod względem zastósowania w praktyce lekarskiéj, jak i kandydat na lekarza potrzebujący przetrawić i wprowadzić *in succum et sanguinem* wiadomości zaczerpnięte z ustnego wykładu.

Co do formy, to język prócz rzadkich stosunkowo a tak łatwych do usprawiedliwienia germanizmów poprawny, styl jasny, przeprowadzenie ściśle loiczne. Pod względem typograficznym wydanie jest bardzo staranne, papier dobry, czcionki nowe przyjemnego dla oka kroju, ryciny jakkolwiek niewykwintne, są odbite czysto i przyczyniają się doskonale do zrozumienia tekstu. Krótko mówiąc w dziele prof Cybulskiego witamy bardzo pożądanego gościa w naszéj literaturze życząc mu, by co lat kilka odmładzał się pod postacią nowych wydań, a sz. autora prosimy, aby mimo rozlicznych swych zajęć nie pozwalał nam długo czekać na dalsze części i dokończenie swéj cennéj, pożytecznéj i w naszem piśmiennictwie tak potrzebnéj pracy. *Domański.*

Patologija.

Langenbuch. **Wyleczenie mnogich mięsaków skóry przez różę wędrującą.**

U 27 letniego robotnika wycięto w Sierpniu 1888 r., z okolicy lewego biodra guz wielkości głowy dziecka tkwiący w tkance podskórnéj Badanie mikroskopowe wykazało utkanie mięsakowe okrągłokomórkowe. Od 1 Marca 1889 wytwarzać się począł mięsak powrotny w miejscu blizny pooperacyjnéj, nowy guz na karku a wkrótce pojawiły się większe guzy na prawym pośladku jakoteż około 50 różnéj wielkości guzów na innych częściach ciała, przeważnie zaś na przodkowéj powierzchni klatki piersiowéj i brzucha. Tylko trzy większe guzy wycięto, a w celu usunięcia reszty użyto energicznego leczenia jodkiem sodu i arsenem. Rany pooperacyjne zagoiły się dobrze i zdawało się też, że pozostałe guzy pod wpływem użytego leczenia wyraźnie się zmniejszają. Chory uległ wtedy zakażeniu przypadkowemu różą wędrującą, w ciągu trwania takowéj już trzeciego dnia guzy poczęły się bardzo szybko zmniejszać i około 8 dnia poznikały zupełnie. Chory był uleczony. W jesieni 1890 w miejscu blizny na karku wytworzył się nowy guz wielkości orzecha włoskiego tejże saméj, jak badanie mikroskopowe wykazało, budowy, który wycięto i do chwili przedstawienia chorego?nie okazały się nigdzie nowe guzy.

Langenbuch nadmienia, iż jakkolwiek dłuższy czas przed pojawieniem się róży przedsięwzięte leczenie jodo-arsenowe pomocniczo w tym przypadku działać mogło, nagłe zniknięcie guzów bezwątpienia wpływowi róży przypisać należy, jakoteż, iż wnosząc z przypadku tego popierającego inne spostrzeżenia w przypadkach nowotworów nie przydatnych do operacyi u ludzi z pewnym zasobem sił lecznicze szczepienie róży mogłoby być użyte. (*D. med. Woch. 1890 Nr. 52*). |

Uwaga ref. W literaturze znane już są przypadki, w których róża przypadkowo wikłająca się lub umyślnie zaszczepiona, sprowadzała za sobą zniknięcie, zniszczenie nowotworów mięsakowych, czy to przez oddzielenie się powierzchownie położonych nowotworowych tkanek, czy też przez resorpcyję tychże jak w powyższym przypadku Langenbucha. Wpływ ten mikrobów róży wobec anatomicznie (Israel, Kromeyer, Browicz, Riehl, Cornil, Jürgens) skonstatowanego

wpływu szczepianki Kocha na tkankę gruźliczą, nabiera niezwykłéj wagi. Wpływ ten wskazuje, iż, jakkolwiek tkanki nowotworowe powstają z istniejących stałych elementów tkankowych, posiadają one, pomijając ich nadmierną zdolność twórczą, pewne nieznane nam właściwości, które je na wpływ chemiczny istot wytworzonych przez mikroby chorobotwórcze wrażliwemi czynią, a wobec których to produktów wydzielniczych mikrobowych tkanki prawidłowe obojętnie się zachowują. Przypadek powyższy z innego jeszcze względu bardzo jest ciekawy. W kilka miesięcy po zniknięciu pod wpływem przyplątanéj wędrującéj róży tak licznych guzów mięsakowych powstał w miejscu blizny guz powrotny. Jeżelibyśmy przypuścili, iż przyczyną nowotworów są pasorzyty, zaczem, zdaniem mojem, dotychczas żaden szczegół nie przemawia, pojawienie się recydywy wskazywałoby, iż produkta te na owe pasorzyty wpływu nie wywierają. W każdym razie szczegół pojawienia się recydywy wskazuje, iż tylko do wykształconéj tkanki nowotworowéj znajdującéj się w lokalnych warunkach odżywienia w ogóle tak odmiennych od prawidłowych tkanek wpływ ten się odnosi. Odnosząc zaś przyczynę nowotworów do wrodzonych właściwości systemów tkankowych produkta wydzielnicze mikrobów róży na te właściwości wpływu nie wywierają i tak samo jak wycięcie nie zabezpieczają od odnawiania się nowotworu. *Browicz.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

O. Israel. Wynik przeszczepienia na królika cząstek tkanki gruźliczej zmienionej pod wpływem szczepianki Kocha. Na posiedzeniu towarzystwa lekarzy w Charité dnia 18 Grudnia 1890 zdawał Israel sprawę z wyniku przeszczepienia cząstek tkanki badanej przez siebie histologicznie (patrz ref. w Przegl. Lek. 1890 Nr. 50). Użył on do tego strzępów tkankowych, jakie wśród jamy gruźliczej w ognisku stawu skokowego podówczas znalazł i przeszczepił cząstkę tych strzępów, w których badania mikroskopowe nieliczne prątki wykazało, do przodkowej komórki oka królika. Około 19 dnia po zaszczepieniu pojawiły się pierwsze nader drobne gruczołki. Tak więc eksperyment ten potwierdził twierdzenie Kocha, które i tak wobec kategorycznego w tej mierze oświadczenia Kocha nie podlegało wątpliwości, iż prątki pod wpływem szczepianki nie tracą swych histologicznych własności. Nadmienić przytem należy, iż cząstki tkanki gruźliczej do przeszczepienia użytej pochodziły z przypadku, w którym w ciągu pięciotygodniowego leczenia zastosowano 13 wstrzyknięć i z czasu, gdy organizm już po wstrzyknięciu reakcyi nie ukazywał. (*Berl. klin. Woch.* 1891 Nr. 1). *Browicz.*

Burkart z Bonn w doświadczeniach swych wykonanych na 21 chorych płucnych znalazł co do reakcyi wszystko zgodne z opisem innych autorów. Jakkolwiek wyleczenia dotąd nie spostrzegł (leczy dopiero środkiem Kocha 18 dni) to jednakże niektórzy chorzy czynili wrażenie, jakgdyby ich stan się polepszył. Poty nocne zmniejszały się lub znikały, duszność ustępowała, plwociny, stłumienie, rzężenia się poprawiały, a zdarzał się tu i owdzie przybytek na wadze 1 kg. w ciągu 14 dni. Atoli z drugiej strony konstatuje B., że stan wielu pacyjentów pogarszał się znacznie po reakcyi wywołanej przez wstrzyknięcie środka Kocha (u jednego ubytek $2^1/_2$ kg. w 17 dniach). Zdaniem B. ubytek ten sprowadzają gorączka i zboczenia w trawieniu zdarzające się często podczas reakcyi.

Zresztą objawy silnego nieżytu oskrzeli i zagęszczenia tkanki płucnej przestrzegają, aby szczepianki Kocha wobec daleko posuniętej gruźlicy albo wcale nie używać, albo bardzo ostrożnie. Nadto trzeba także pamiętać o reakcyi występującej w krtani i jelitach, która może stać się wobec gruźlicy tych narządów zgubną przez obrzęk krtani względnie przedziurawienie jelita wywołanego przez nekrozę jego ściany zajętej sprawą gruźliczą. (*Berl. klin. Woch. 53*).

Kammerer i Pfleger zdając sprawę z pobytu swego w Berlinie, dokąd wysłani zostali przez radę miasta Wiednia, podają między innemi treść rozmowy swéj z Kochem. W rozmowie téj zauważył Koch, że wyniki ogłaszane ze wszech stron, nie zgadzające się z pierwotnie przez Kocha podanemi, zdają się nie polegać na dość ścisłych badaniach, że wogóle czas obserwacyi wszędzie jest zbyt krótki i że nie stosowano się dość dokładnie do ogłoszonych przez niego (13 listopada) wskazówek. I tak np. twierdzi Koch, że konieczność tracheotomii, o której mu telegraficznie z Bonn doniesiono, wydaje mu się niejasną wobec środków ostrożności, które on zalecał, i że jemu przypadek taki pewnieby się nie był zdarzył. Stanowczo Koch zaprzecza, jakoby jego środek był niebezpieczny.

Na zapytanie, czy istnieją już przypadki wyleczenia gruźlicy, odpowiedział Koch potwierdzająco, że musiał już wypuścić z leczenia szereg chorych w początkach choroby, o których ma prawo przypuszczać, że są wyleczeni, tj zniknęły u nich wszystkie objawy choroby jak kaszel, plwociny, prątki, poty nocne i gorączka; wejrzenie ich się polepszyło, apetyt się poprawił, objawy zagęszczenia płuc ustąpiły. Osoby te domagały się koniecznie wypuszczenia z zakładu. A ponieważ osoby takie na znaczne dawki środka nie oddziaływały, uważa je Koch za zupełnie wyleczone. Zresztą ze stanowiska higijenicznego usunięcie prątków z plwocin (a ich znikanie zdaniem Kocha zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości), odgrywa ważną rolę w profylaksie gruźlicy.

Jak we wszystkich swych pracach, tak i w ostatniej Koch trzymał się ściśle zasady nie wydawać nigdy wyroku o rzeczy, póki przez ściśle badanie o prawdzie i słuszności swych twierdzeń się nie przekonał, i przeto nigdy nie był i prawdopodobnie nie będzie w położeniu, aby musiał coś z swych twierdzeń odwołać.

W dalszym ciągu swego sprawozdania opisują K. i P. spostrzeżenia swoje w różnych zakładach berlińskich i o wynikach wyrażają się z wielkim entuzyjazmem. (*Wien. med. Woch. Nr. 52*).

Fränkel w Berlinie stosował środek Kocha w 15 przypadkach gruźlicy krtani, w 7 gruźlicy płuc bez zajęcia krtani i w 5 przypadkach liszaja. Co do ogólnej reakcyi, to F. uważa za najkorzystniejsze dobieranie takich dawek, aby gorączka nie dochodziła do 39°. Im bardziej ciepłota w dniach wolnych od injekcyi zbliża się do prawidłowéj, tem lepsze jest rokowanie. Nie wszyscy suchotnicy oddziaływają na środek Kocha gorączką, u niektorych pomimo wysokich dawek ciepłota podnosi się zaledwie do 38°. Ogólny stan chorych zaczyna się w drugim tygodniu leczenia poprawiać, i poprawa postępuje zadziwiająco szybko. U chorych z gruźlicą krtani gorączka zdaniem F. jest następstwem resorbcyi części rozpadających się w krtani. Na uwagę zasługuje, że podwyższona ciepłota u chorych z gruźlicą płuc lub krtani nie oddziaływa w tak wysokim stopniu na ustrój jak u dotkniętych liszajem.

Z miejscowych objawów w krtani i połyku przede wszystkiem wymienia F. zaczerwienienie i obrzęk, który w krtani u chorych Fränkla nigdy nie dochodził do tego stopnia, aby nastąpiła duszność. Obrzmienie to albo znika bez śladu albo też ustępuje miejsca rozpadowi lub zserowaceniu. Zdarza się, że części krtani lub połyku, które uważano za zdrowe, pod wpływem injekcyi ulegają powyższym zmianom. W każdym razie po pewnym czasie okazują zajęte miejsca tendencyję do wyleczenia.

W gruźlicy płuc obserwował F. zjawiska przez innych opisywane. Zmiana kształtu w prątkach samych, jakkolwiek występuje i bez leczenia środkiem Kocha, ale u leczonych wstrzykiwaniami ilość odsetkowa prątków zmienionych jest większa. Z powodu obecności prątków nie należy plwocin suchotników leczonych zapomocą środka Kocha uważać za istotę obojętną, nie zaraźliwą.

Przypadku gruźlicy wyleczonéj F. jeszcze niema, a jako warunek wyleczenia stawia: 1) zniknięcie prątków w plwocinach i 2) brak reakcyi na silne dawki środka Kocha. (*Deutsche med. Woch.* 1890 Nr. 52 i *Berl. kl. Woch.* 54).

Mosler (Gryfia) radzi wstrzykiwać środek Kocha nie pod skórę, lecz w miąższ płucny, przyczem duże powierz-

chowne jamy gruźlicze należy wprzód otwierać i leczyć chirurgicznie. M. przedstawił na posiedzeniu lekarskiem 30-letniego mężczyznę dotkniętego liszajem twarzy i gruźlicą płuc, u którego miąższowe wstrzykiwania limfy Kocha (od 1 do 10 mg.) do płuc wywołały reakcyję miejscową na liszaju bardzo wyraźną, i pomyślnie oddziaływały na przebieg zmian w płucach. U innej chorej M. otworzył jamę w szczycie prawego płuca położoną i leczy ją następnie wstrzykiwaniami. Chora ta zniosła zabieg bardzo dobrze, stan jej obecnie każe dobrze rokować, wykrztuszanie się zwiększyło. O leczniczéj wartości téj metody zdania pewnego wypowiedzieć jeszcze nie można. (*Wien. klin. Woch.* Nr. 1).

Fürbringer przytacza spostrzeżenia objawów reakcyi zbaczających od powszechnie znanego schematu. I tak zauważał F. znaczne, niemal groźne reakcye po dawce, która przed krótkim czasem u téj saméj osoby słabą tylko reakcyję wywoływało, albo dawka znaczna, któréj trzecia część wystarczała później do sprowadzenia silnej reakcyi, okazywała się czasem za słabą. Okoliczność ta przestrzega nas przed stosowaniem ambulatoryjnem środka Kocha. F. obserwował także przypadek, który na środek Kocha oddziaływał nie gorączką, lecz opadaniem ciepłoty pod normę. W czterech przypadkach autora wartość rozpoznawcza środka Kocha zawiodła. Jeden przypadek, w którym zmiany gruźlicze w płucach znikły, kaszel i plwociny ustały, uważa F. za względnie wyleczony, a obok niego stawia F. z 51 chorych leczonych środkiem Kocha 10 z uderzającą poprawą zdrowia, jakiej przedtem nigdybyśmy osiągnąć nie zdołali. F. nie wyklucza chorych z kawernami z leczenia środkiem Kocha, a tylko w przypadkach kacheksyi należy się od injekcyj wstrzymywać. Również i krwioplucie nie jest przeciwwskazaniem, gdyż z 5 przypadków w dwóch pod wpływem środka Kocha krwioplucie się zmniejszało, a w jednym tylko czasowo się zwiększyło. (*Deut. med. Woch.* Nr. 52).

Rosenfeld z Stuttgartu opisuje przypadek gruźlicy płuc, w którym cierpienie oka połączone z krwotokami siatkówki i dotąd nie jasne co do etyjologii okazało się jako gruźlica ciałka rzęskowego, gdyż trzykrotnie po każdej injekcyi wystąpił silny ból w oku chorem. Prócz tego podaje dwa przypadki ukrytéj gruźlicy krtani, w których środek Kocha pod względem rozpoznawczym znakomite oddał mu usługi. (*Deutsche med. Woch.* N. 52).

Podamy jeszcze krótki wynik sekcyj dwóch osób, zmarłych w klinice Leydena podczas leczenia środkiem Kocha, u których zmiany gruźlicze były daleko posunięte. Rozległe jamy i liczne nacieki świeże i ogniska serowate stare zajęły większą część płuc. Jednakże ani w kawernach, ani w ogniskach nie znaleziono zmian, któreby z wszelką pewnością do działania środka Kocha odnieść było można. Uderzającem w obydwóch przypadkach było obustronne krwotoczne zapalenie opłucny z wypociną surowiczo ropną, które w ostatnim okresie życia wystąpić musiały. Wrzody w krtani i tchawicy, których była znaczna ilość, poktryte były tkanką granulacyjną, jak badanie mikroskopowe wykazało, mocno unaczyniona. Podobnie dno i brzegi wrzodów w jelitach okazywały wielką obfitość naczyń. W gruzełkach wątroby nie znaleziono ani komórek olbrzymich, ani prątków gruźliczych, co zdaniem Jürgensa świadczy za tem, że sprawa proliferacyjna była tak silna, że z jednej strony nie mogło przyjść do wytworzenia komórek olbrzymich, a z drugiej już istniejące zamieniły się na drobne komórki. W jednym przypadku otrzewna wątroby okazywała zmiany zapalenia włóknikowego. (*Wiener. klin. Woch.* N. 1). *Dr. Beck.*

VI. W sprawie uregulowania prostytucyi.

Referat przedłożony c. k. Radzie zdrowia
przez
Dra Ż. Krówczyńskiego we Lwowie.
(Dok. Patrz Nr. 50).

Wprawdzie i pod względem uwalniania żołnierzy po przebytéj kile formie czyni się zadość, albowiem certyfikat uwalniający od służby zawiera rubrykę *constitutionelle Syphilis*, uwaga jednak tego rodzaju dla wójta nie umiejącego czytać lub nieznającego niemieckiego języka nie na wiele się przydaje. Natomiast o wiele użyteczniejszą byłoby rzeczą pouczenie żołnierzy o zaraźliwości chorób wenerycznych i kiłowych; żądanie to wielokrotnie wypowiedziane, gdyby, co w wojsku jest możliwe, było urzeczywistnione, nie wątpliwie wpłynęłoby na umniejszenie chorób wenerycznych. Rezultatem tych zarządzeń musiałoby być zwiększenie ilości chorych żołnierzy, ale przez doszczętne leczenie chorób poskromiłoby się ich szerzenie. Na lekarzy kasy chorych powinno się nałożyć obowiązek ścisłego przestrzegania stanu zdrowia robotników, pouczenie zaś i leczenie odpowiednie chorób wenerycznych musiałoby wydać dodatni rezultat, albowiem tym sposobem zmiejszonoby ilość chorych w centrach przemysłu i w wielkich miastach, przeto pośrednio korzystnie wpłynęłoby się na uzdrowotnienie całego kraju. Poprzednio wykazano cyframi ubytek prostytutek jawnych i ich emigrowanie i wskazano, że najczęstszą przyczyną bywa choroba, po któréj stwierdzeniu odsyła się je do szpitala; szpital zawsze pozostanie dla prostytutki wstrętną instytucyją, pozbawiającą ją wolności i dlatego starają się one szpital ominąć, a nasze szpitale są dla nich tem wstrętniejsze, że za leczenie ściągają gminy koszta leczenia nawet z najuboższych prostytutek. O ile mi wiadomo, Sejm mając na względzie ułatwienie leczenia, przyjmuje wreszcie koszta leczenia na rachunek kraju, dzieje się to jednak wyjątkowo, podczas gdy leczenie prostytutek jawnych, jakoteż tajnych i wogóle chorych wenerycznych i kiłowych powinno być bezpłatne. Niestety urządzenia oddziałów wenerycznych w obu szpitalach największych, to jest we Lwowie i Krakowie, pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Pomijając wewnętrzne braki wynikające z nieodpowiedniego pomieszczenia, które nie tylko leczenie utrudniają, ale i nie wykluczają możliwości zarażenia się kiłą podczas pobytu w szpitalu dla dotkniętego chorobą weneryczną i odwrotnie, muszę nacisk położyć na tę okoliczność, iż urządzenia szpitali wspomnianych prawie uniemożliwiają pobyt nawet chorym, którzy posiadają najniższy stopień moralności. Dla tego powodu leczy się wiele chorych poza szpitalem i często mimowolnie rozprzestrzeniają chorobę, której okres zaraźliwy przez leczenie w szpitalu i w odpowiednich warunkach nie wątpliwie trwałby znacznie krócéj. Jeszcze gorzéj pod tym względem wyposażone są szpitale prowincyjonalne, którym nie tylko brak odpowiedniego umieszczenia, ale zazwyczaj brak fachowo wykształconego przewodnika, a grasujące około centrów przemysłu choroby weneryczne powinny przekonać o potrzebie zakładania i odpowiedniego uposażenia przedewszystkiem w siły lekarskie oddziałów wenerycznych w szpitalach miast większych. Gdyby chorych wenerycznych, przedewszystkiem kiłowych, tak odosobnić można, jak to uczyniono z trądowatymi, ilość chorych kiłowych bardzo prędko zmalałaby; ponieważ to jednak nie jest możliwe, pragną i słusznie powagi lekarskie ile możności leczenia w szpitalach dla tego rodzaju chorych i przemawiają za ułatwieniem leczenia. U nas pod tym względem nic się nie dzieje, przeciwnie staramy się wykazać jak najmniejsze koszta leczenia, a wysyłając za wcześnie leczonych z szpitala, wyrządzamy społeczeństwu niepowetowaną krzywdę. Pozorne ułatwienia dla chorych wogólności, specyalnie dla wenerycznych, tworzą dwie istniejące we Lwowie lecznice. Kto zastanowi się nad tem, z jakiéj klasy ludzi pochodzą pacyjenci lecznic, ten musi przyznać, że cel tych instytucyj co do chorych wenerycznych jest wprost chybiony, bo ani ubóstwo, ani brak oświaty, ani znana lekkomyślność chorych wenerycznych, roznoszących bez opamiętania zarazki chorobliwe, nie wpływają chyba na umniejszenie chorób wenerycznych. Umiałbym z własnego i innych lekarzy doświadczenia przytoczyć przypadki, gdzie stanowczo stwierdzono, że leczony lub leczona w lecznicy stali się przyczyną albo endemii domowéj lub zarazili pojedyncze indywidua; jeśli te zdarzenia nie są głośne, tem tłumaczyć należy, że do choroby wenerycznéj nawet w najniewinniejszy sposób nabytéj niechętnie się przyznajemy. W krajach wysoko pod względem cywilizacyi stojących ułatwiają leczenie nie tylko przez bezpłatne leczenie w szpitalach, ale i przez bezpłatne lecze-

nie w ambulatoryjach szpitalnych, w których równocześnie leki bezpłatnie są wydzielane. Nawet Serbia nas wyprzedziła, w niéj bowiem przepis lekarski z napisem syfilis uprawnia posiadającego przepis do otrzymania leku bezpłatnie z każdéj apteki. Ambulatoryja szpitalne tę mają zaletę, że są prowadzane przez fachowo wykształconych lekarzy i że one mają większą możność internowania tych przypadków, które do ambulatoryjnego leczenia się nie nadają. Wspomniane ambulatoryja umniejszyłyby z jednéj strony liczbę chorych wenerycznych, którzy długo zalegają w szpitalach, chociaż nie są dotknięci chorobą zaraźliwą, z drugiéj strony dałyby one możność lekarzom wykształcenia się w leczeniu chorób wenerycznych i kiłowych, a takich lekarzy jak wiadomo wielki brak daje się uczuwać w naszym kraju, chociaż tenże ich bardzo potrzebuje i najwięcéj ze wszystkich prowincyj austryjackich. Należy się spodziewać, że ambulatoryja korzystnie wpłynęłyby na leczących się, którzy dzisiaj częściowo dla braku dokładnéj informacyi, częściowo opierając się na dziennikarskiéj reklamie, szukają pomocy u tak zwanych specyjalistów, którzy faktycznie dla tego zasługują na tę nazwę, że specyjalnie krzywdę wyrządzają nie tylko stanowi lekarskiemu, ale i społeczeństwu. Tego rodzaju lekarzy zna świat lekarski dokładnie, ale nie posiada niestety sposobu zaradzenia złemu, które rząd mógłby ukrócić, żądając od każdego bezwzględnie specyjalisty wykazania się fachowemi studyjami, uprawniającemi do specyjalizmu w pewnéj gałęzi wiedzy lekarskiéj. Do tego samego celu prowadzić powinna reforma egzaminów medycznych, a lekarze szpitalni oddziałowi w miastach większych, w których osobnych oddziałów dla chorób wenerycznych nie ma, powinni zarówno jak lekarze wojskowi wykazać się znajomościami nauki o chorobach wenerycznych. Wszystkie jednak reformy, jakkolwiek użyteczne, nie wiele uczynią dobrego, dopóki bezkarnie jak dotąd dozwalać będziemy prostytutkom w ogólności, przedewszystkiem jawnym, rozprzestrzeniać kiłę, dając na to prawie sankcyję urzędową. Przypominam tutaj, że kiła należy do chorób tem częściéj recydywujących, im mniéj energicznie ją leczono. Ale nawet najracyjonalniejsze leczenie nie zapobiega recydywom. Zazwyczaj postępujemy jak wiadomo w następujący sposób. Chorą dotkniętą kiłą leczymy w szpitalu, dopóki zmiany widoczne na skórze i błonach śluzowych nie ustąpią: z tą chwilą uwalniamy chorą noszącą jad w sobie, który nawet bez widocznych zmian udzielać się może. Co gorsza lekarz prostytucyjny musi uznać taką prostytutkę jako zupełnie zdrową, chociaż jest przekonany równie jak lekarz szpitalny, że chora taka jest. a właściwie może być ciągłem źródłem kiły. Przypomnijmy, że okres, w którym kiła mimo najracyjonalniejszego leczenia jest zaraźliwą, trwa zazwyczaj trzy lata i przypatrzmy się, ile z tego okresu przebywa prostytutka kiłą dotknięta w szpitalu, a zdziwi nas tylko, że prostytutki jeszcze tak mało zarażają, powinny bowiem zarażać każdego; jeśli nie wszyscy się zarażają, zawdzięczyć mają tylko szczęśliwemu zbiegowi okoliczności. Wobec niezbitego faktu zaraźliwości kiły bez widocznych zmian chorobliwych, słusznem jest żądanie lekarzy, aby takim prostytutkom zabronić oddawania się prostytucyi, a internować je w schroniskach odpowiednich. Dla nieletnich przestępców, dla włóczęgów itd. tworzymy i słusznie schroniska; o ileż one są potrzebniejsze dla tych nieszczęśliwych, które nie tylko same fizycznie cierpią, ale równocześnie muszą z konieczności zdrowiu ogólnemu szkodzić przez udzielanie choroby. Ani bowiem stopień wykształcenia, ani zmiany chorobowe ustroju usposabiające do nierządu, ani wreszcie brak środków do życia nie powstrzyma tych nieszczęśliwych istot od ich sposobu zarobkowania. Ponieważ urządzenie takich asylów natrafiłoby na niepokonane na razie trudności, słusznem i godziwem ze stanowiska lekarskiego i społecznego jest żądanie, aby prostytutki jawne, za które rządowa kontrola odpowiada, rekrutowały się z takich, które kiły nie mogą udzielić, to znaczy, które albo jeszcze zakażeniu nie uległy, albo przebyły okres zaraźliwy, co najczęściéj po trzech latach od chwili zarażenia ma miejsce. Żądamy od nauczycielek, nauczycieli, urzędników itd. świadectw zdrowia, a nie żądamy ich od prostytutek. Jeśliby jawne prostytutki kiły nie udzielały, w takim razie w krótkim czasie uznanoby jawną prostytucyję jako dającą najwięcéj rękojmi, tem samem prostytucyja tajna musiałaby się umniejszyć, a z nią główne zło, jakie ona sprowadza. Dodajmy do tego, że prostytutki, które kiłę przebyły, nieszczęściem pouczone, zazwyczaj są więcéj ochędożne i przezorne, a łatwo sobie wyobrazimy, że tym sposobem najkorzystniéj wpłynęłoby się na umniejszenie chorób wenerycznych w ogólności.

Pokrótce przypomnę, że u nas znów niestety częściéj niż gdzie indziéj karmienie noworodków bywa przyczyną szerzenia się kiły, już to bowiem przez nieświadomość przeszczepiają kiłę mamki, już też rodzice często z wiedzą poruczają chore dzieci zdrowym mamkom. Pod tym więc względem konieczne są przepisy zapobiegające złemu.

Po tem pobieżnem przedstawieniu rzeczy odpowiadając na zapytanie c. k. Namiestnictwa, czy, względnie o ile, zachodzi potrzeba zmiany dotychczasowych rozporządzeń o prostytucyi itd., wyraża c. k. Rada zdrowia przekonanie, że sumienne przestrzeganie przepisów, wydanych w roku 1888, dotyczących miast powyżéj 10.000, nie wątpliwie zapobiegłoby w wielkiéj części szerzeniu się chorób wenerycznych i dla tego wnoszę: c. k. Rada zdrowia uchwali: 1) że ścisłe przestrzeganie tych przepisów jest bezwzględnie wskazane; aby zaś mieć pewność, że one są dokładnie wykonywane, należy żądać najdokładniejszych sprawozdań z czynności biór prostytucyjnych, któreby przedkładano c. k. bióru sanitarnemu W celu zrobienia użytku w przyszłości ze sprawozdań przedkładanych, należy żądać, aby wykazy chorych jednolicie prowadzone uwidoczniały ogólną cyfrę badanych z wyraźnem oznaczeniem ilości badań tajnych prostytutek. Ponieważ uzasadnionem jest przypuszczenie, że bióra prostytucyjne nawet we Lwowie i Krakowie za mało czynią w sprawie poskromienia prostytucyi tajnéj, należy urządzić w obu miastach posiedzenie lwowskiego bióra sanitarnego w policyi, ewentualnie w Krakowie przy udziale fizyka powiatowego, na którem przedkładanoby wykaz czynności, mający być przysłanym c. k. Namiestnictwu.

A ponieważ nie można się spodziewać szybkiego wprowadzenia międzynarodowych przepisów w sprawie zapobiegania chorobom wenerycznym i kiłowym ani zakładania domów prostytucyjnych pod odpowiedzialnością i kontrolą rządową,

2) Należy starać się, aby zakładano domy prostytucyjne prywatne pod odpowiedzialnością utrzymującego dom prostytucyjny.

3) Pozwalając tylko takim kobietom oddawać się jawnéj prostytucyi, które dają rękojmię, że kiły nie udzielą.

4) W tym celu należy ustanowić komisyję z lekarzy złożoną w wielkich miastach, którąby o zdrowiu prostytutek jawnych, mających zamieszkiwać domy prostytucyjne, wyrokowała.

5) Należy zakładać schroniska, w którychby prostytutki w okresie zaraźliwym przytułek znalazły.

6) Ponieważ prostytucyja tajna jest najszkodliwszą, należy wszelkiemi środkami takową zwalczać, a ustanowienie kary dla zarażających ze świadomością jest wskazane.

7) Ponieważ prostytucyi tajnéj oddaje się służba kobieca po kawiarniach, restauracyjach, hotelach i szansonetki, należy żądać od utrzymujących te zakłady, aby utrzymywali służbę nie dotkniętą chorobami wenerycznemi. Od szansonetek należy żądać wiarygodnych świadectw zdrowia, co się tyczy chorób wenerycznych.

8) Należy wszelką opieką otaczać prostytucyję jawną i w tym celu:

9) Należy wszystkie prostytutki jawne bezwzględnie leczyć kosztem kraju, a więc bezpłatnie, w szpitalach zaś oddziały weneryczne w ten sposób urządzić, aby one wszelkiéj kategoryi chorym wenerycznym umożliwiały leczenie.

10) Należy żądać, aby ze szpitala ani żołnierzy, ani chore kobiety, ani chorych nie dających rękojmi, że choroby roznosić nie będą, pospiesznie nie wydalano.

11) Należy w większych miastach zakładać osobne oddziały dla chorób wenerycznych i obok wszystkich oddziałów wenerycznych w szpitalach pootwierać ambulatoryja, w którychby bezpłatnie leczono i wydawano na koszt kraju leki chorym do ambulatoryjnego leczenia się kwalifikującym.

12) Należy zabronić leczenia wenerycznych w prywatnych lecznicach.

13) Należy żądać wykazania się specyjalnemi studyjami od specyjalistów do chorób wenerycznych i kiłowych, jakoteż od samoistnych lekarzy oddziałowych w szpitalach prowincyjonalnych.

14) Należy zaprowadzić reformę w egzaminach lekarskich, któraby na każdego lekarza wkładała obowiązek dokładnéj znajomości chorób wenerycznych.

15) Wszystkim lekarzom polecić, aby pouczali swych pacyjentów o zaraźliwości chorób wenerycznych.

16) Należy żądać ścisłego dozoru i badań wszystkich żołnierzy aż do oficera wyłącznie.

17) Tychże pouczać o zaraźliwości chorób wenerycznych i środkach ochronnych.

18) Należy na lekarzy kas chorych włożyć obowiązek zwracania uwagi na wenerycznych chorych.

19) Należy żądać od mamek świadectw zdrowia.

20) Rodziców ze świadomością oddających chore dzieci zdrowym mamkom w drodze sądowéj karać.

Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Z nastaniem więc tegorocznego lata położenie zdrowotne w prowincyjach tureckiego - wschodu jest dość groźne. A to tem więcéj, że prócz ponownego ukazania się cholery w Mezopotamii zauważano ją nad morzem Czerwonem w okolicach takich jak Hodejda i lazaret na wyspie Kameran pośród gromady pielgrzymów dążących z Indyj do Mekki.

Poza granicami zaś obszernego państwa, mianowicie w okolicach Kiermanszahu we wsi Kale Darapahan, wybuchła w początkach lipca dżuma, szerzy się tam ze zwykłą sobie endemiczną energiją. Z liczby bowiem 280 mieszkańców dotąd 76 już padło ofiarą strasznéj téj plagi.

Wobec tak niepewnego położenia zdrowotnego, mimowolnie powstaje zapytanie: kiedyż nareszcie przepisy, rady i wskazówki, podawane przez szumne międzynarodowe zjazdy i przyjęte przez ogół higijenistów, znajdą i na tureckim wschodzie choć w części praktyczne zastosowanie? Wprawdzie przeprowadzeniu u nas tych pięknych, a niezaprzeczenie i korzystnych teoryj stają na przeszkodzie bardzo liczne trudności. Gdyby bowiem szło tylko o sanitarne zabezpieczenie wybrzeży morskich i granicznego pasa przedzielającego Turcyję od zadżumionéj Persyi, to środki materyjalne i siły fachowe, jakiemi rozporządza zarząd służby zdrowia, mogłyby ułatwić zadanie. Lecz nie tem da się ograniczyć czujność hygijenisty. Polepszenie warunków zdrowotnych wewnątrz kraju, działanie w ogniskach zakaźnych miejscowych, choć wprawdzie jest na porządku dziennym, to jednak osiągnięcie pożądanego celu, czyni bardzo trudnem. I jakkolwiek tak zarząd centralny służby zdrowia, jak i jego organa rozrzucone po prowincyjach, czynią co jest możebnem, to jednak tylko przez wpływ postępowych dążności europejskich inicyjatorów, przez przymus i niszczenie zakaźnych ognisk, można się spodziewać złagodzenia stopnia okresowego ich nasilenia. Nie mamy też innéj drogi do polepszenia stanu stale fermentujących przesądów niechlujstwa.

Rzut oka na ćwierćwiekową działalność najwyższéj rady zdrowia w Konstantynopolu, od ostatniej epidemii cholery nad Bosforem aż do dzisiaj, wykazuje, że głównem zadaniem zarządu była obrona Turcyi od przedostania się chorób zakaźnych, pochodzących z głębokiego wschodu. Dzięki wytrwałym usiłowaniom i poważnemu pośrednictwu tak zwanych delegatów sanitarnych z poselstw uwierzytelnionych przy W. Porcie, cel ten w zasadzie został osiągnięty. W ciągu bowiem tego okresu czasu tak prowincyje Turcyi, jak i wybrzeża azyjatyckie morza Śródziemnego były wolne od cholery i dżumy — pomimo kilkorazowego ich wybuchu w krajach pogranicznych. Byłoby jednak przesadą, gdybyśmy przypisali trwanie tego szczególnie sprzyjającego stanu zdrowotnego pośród mieszkańców tureckiego wschodu li tylko zastosowaniu postępowéj hygijeny lub energicznemu rozwinięciu środków policyi sanitarnéj. Byliśmy bowiem i jeszcze jesteśmy bardzo dalecy od spotkania się w praktyce czuwania nad ogólną zdrowotnością z postępem i ulepszeniem, jakie widzimy zastosowane gdzieindziéj. Naśladując przykłady w teoryi, chwytamy wprawdzie każdy prąd, przyswajamy sobie każde ulepszenie, mogące przyspieszyć ruch całéj naszéj korporacyi sanitarnéj. Wirują więc kółka składające machinę administracyjną. Lecz pomimo jéj ruchu i dostatecznego zawsze motoru przeszkody, jakie się spotyka, niełatwo dają się usunąć. Ztąd więc ścisłemu zastosowaniu regulaminów sanitarnych można przypisać tylko częściowy, może nawet drugorzędny wpływ na kwestyję ochrony zdrowia publicznego w Turcyi, tak że za podstawę trwania pomyślnego stanu zdrowotnego w kraju w ciągu kilkunastu lat, niezachwianego wybuchem téj lub owéj morderczéj zarazy, można przyjąć li tylko szczególne warunki klimato-telluryczne obok przypuszczalnéj niepodatności pewnych warstw gleby i wód gruntowych, nieodpowiednich do hodowli patologicznych zarazków. Fakta poczerpnięte ze studyjów epidemijolicznych ostatniego dziesiątka lat pozwalają na wypowiedzenie powyższego zdania. Wszakże uważając je za nieco śmiałe niewątpię jednak, że przez tak długi wypoczynek i nasz ustrój zdrowotny nieco pierwéj lub późniéj także ulegnie zmianie, któréj horoskop z góry daje się ująć w żałobne tylko ramki.

Broniąc więc od zadżumienia stolicę kraju i bliższe jéj prowincyje zarząd służby zdrowia i dodani mu międzynarodowi delegaci mają dziś do spełnienia i inne jeszcze zadanie, mianowicie postawienie zapory przeciwko epidemii grożącéj z zachodu. Natychmiast więc po zapewnieniu się o wybuchu cholery w Puebla de Rugat i rozwleczeniu się jéj w prowincyi Walencyi, zadecydowano poddawać zrazu 5-cio a następnie 10-cio dniowéj obserwacyi lekarskiéj wszystko pochodzące z Hiszpanii kierując podróżnych i towary do lazaretów Klazymene (w pobliżu Smirny), Beyrutu i Tripoli w Afryce. W obec zaś faktu, że zaraza szerząca się w Mezopotamii w pewnych przystaniach nad morzem Czerwonem i w Hiszpanii z trzech stron zagraża półwyspowi bałkańskiemu, uważam za stosowne omówić środki, jakiemi rozporządzamy i ocenić sam sposób ich zastosowania.

Wiadomo z jak rozsądną energiją zarząd służby zdrowia we Francyi traktuje przybywających z Hiszpanii. W posterunkach lądowych mających znaczny transit a zatem w Hendaye i Cerberes, nie ograniczono się do odwietrzania za pomocą pary wodnéj, ale podróżni po przepędzeniu na posterunku liczby dni oznaczonych dla obserwacyi lekarskiéj przy opuszczeniu stacyj otrzymują tak zwane karty drożne sanitarne a zarząd gminny miejscowości, do któréj wraca podróżny, depeszą bywa zawiadamiany o jego powrocie tak, że z chwilą przybycia do miejsca oznaczonego w karcie drożnéj, znowu przyjeżdżający bywa poddawany badaniu i dopiero po zapewnieniu się o dobrym stanie jego zdrowia otrzymuje pozwolenie powrotu do zwykłych stosunków. Każdy zaś przedstawiający objawy chorobowe ze strony narządu trawienia, jest zatrzymywanym i leczonym na posterunku pogranicznym. W ten sposób, gdyby w chwili powrotu do wskazanéj miejscowości, przybyły uległ cholerze, to natychmiast można go odłączyć i zapobiedz tworzeniu się ognisk zakaźnych.

Szczególnie starannemu odwietrzaniu podaje się towary i rzeczy należące do podróżnych. Brudna np. bielizna stanowczéj ulega konfiskacie i téj nie zwracają właścicielowi, dopiero po oczyszczeniu w odpowiednich przyrządach desinfekcyjnych. Spodziewać się téż wypada, że usiłowania fran-

enzkiéj służby zdrowia i w tym roku zostaną uwieńczone pożądanym skutkiem. Nawet Anglicy i Amerykanie przeciwni stosowaniu ostrożności sanitarnych od strony morza, z zasady niekrępowania w niczem stosunków handlowych, godzą się dziś z koniecznością stawiania wszelkich możebnych zapor, aby przeszkodzić przedostaniu się do ich posiadłości egzotycznych chorób zakaźnych. Z całém uznaniem winniśmy zanotować i usiłowania rządu włoskiego, którego dyrektor służby zdrowia przy ministerstwie spraw wewnętrznych, wysłał notę do państw, których delegaci brali udział w zjeździe hygienicznym w Rzymie, zapraszając do przedsięwzięcia międzynarodowych ostrożności sanitarnych. Grecyja i Rumunija działają również usilnie w kierunku zabezpieczenia swych posiadłości od zakaźnych napływów. Ba, nawet mała Bułgaryja dla okazania pieczołowitości nad stanem zdrowia swych mieszkańców, choć tylko na piśmie, lecz także inauguruje u siebie erę środków ochronnych.

Ze wszystkich zaś najbardziéj zagrożona Turcyja, wierna tradycyjnéj rutynie a może też i przez uległość zasadom oszczędności, wyznawanym przez pewną liczbę członków rady zdrowia, trwa stale przy dawnym kwarantanowym systemie! W lazaretach więc Smirny, Beyrutu i Tripoli, do których mają się skierowywać okręty przybywające z Hiszpanii lub morza Czerwonego, posiadamy wszystko, czem wpierwéj traktowano zakażonych i podejrzane towary. Brakuje tam tylko przyrządów do odwietrzania, uważanych prawdzie za niezbędne lecz dotąd jeszcze nieustalonych. Fakt to prawdziwie zdumiewający, że zarząd służby zdrowia w Turcyi, rozporządzający milionami franków, dotąd nie poświęcił choćby odsetek tylko na zadość uczynienie wymaganiom postępów hygienicznych w punktach, mianowicie przeznaczonych do przyjmowania i traktowania przybywających z zakażonych miejscowości. Sądząc jednak o stanie rzeczy podług dzisiejszych usposobień naszych tu kierowników wolno jest przypuścić, że chyba nasi następcy spotkają się z istotnym postępem. I wtedy to dopiero klasyczną mięszaninę z azotanu potasu, siarki i otrębów zastąpi para wodna, i do obmywań zamiast słabych roztworów kwasu karbolowego, będzie używany potężniejszy dwu-chlorek rtęci, nieporównanie lepsze dający rezultaty.

Zabezpieczenie miejsc świętych Islamu od zawleczenia cholery przez pielgrzymów mahometan z Indyi i czuwanie nad stanem zdrowotnym całego wschodniego wybrzeża morza Czerwonego, zdecydowało radę zdrowia międzynarodową, a z nią i rząd turecki do zarządzenia szczególnych środków ostrożności sanitarnych w punkcie do tego najstósowniejszym. W wyborze zaś podobnego punktu wypadało uwzględnić tę stwierdzoną doświadczeniem okoliczność, że wybuchy cholery nad wybrzeżami morza Czerwonego następowały zawsze po przybyciu pielgrzymów z głębokiego wschodu, udających się do Mekki. Otóż w celu wynalezienia takiéj miejscowości, którąby była posterunkiem sanitarnym pośrednim między cieśniną Bab-el-Mandeb i przystanią Dżedda, w któréj zwykli wyladowywać pielgrzymi, wysłano w roku 1881-szym wyłączną komisyję. Ta ostatnia złożona z lekarzy i inżynierów-budowniczych dość szybko wywiązała się ze swego zadania. Przyjąwszy za zasadę niedopuszczanie pielgrzymów do lądu i uwzględniając, że rząd egipski dla pielgrzymów z własnych posiadłości naznaczył stacyę obserwacyjną w El-Thor (u podnóży Synaju), komisyja turecka posunęła się daléj na południe i za istotne „sanatoryjum dla przybyszów z dalekiego wschodu wybrała wyspę Kameran.

Zarysowująca się jako znaczny wulkaniczny odłam, w drobnym archipelagu położonym pod 40° sz. p. i 13° dł. połud wyspa Kameran dotąd była niezamieszkałą. I tylko jako odległa od Lohaja i Hodejdy o sześć godzin drogi łodzią w porze wiosennéj bywała odwiedzaną przez rybaków. Jako zupełnie samotna i oddalona od Bab-el-Mandeb o jeden dzień drogi parostatkiem, posiadała więc wymagane warunki do przeobrażenia jéj w prawdziwą międzynarodową wedetę sanitarną.

Z powrotem więc komisyi do stolicy i po przyjęciu złożonego przez nią sprawozdania, tak rząd jak i zarząd służby zdrowia nie szczędziły kosztów i usiłowań do ustalenia na Kameranie odpowiedniego lazaretu. Przy energicznem zajęciu się w ciągu niespełna jednego roku zbudowano porządny dom dla urzędu sanitarnego, pawilon dla lekarzy i strażników, lazaret, małe koszary dla oddziału wojskowego, magazyny i wykopano parę artezyjskich studzien. Wodę znaleźliśmy znośną, więc największa trudność została usuniętą. Dla ułatwienia zaś obserwacyj lekarskich wysepka została podzieloną na pięć sekcyj, z których każda posiada t. zwane „Ariches“ t. j. szopy zbudowane z trzciny, okryte rogóżkami, obszerne, przewiewne, przeznaczone na czasowe mieszkanie podróżnych podlegających kwarantanie. Przy każdéj sekcyi zbudowano pomost, rodzaj małéj przystani dla ułatwienia wyladowywań podróżnym, w razie zawinięcia tu kilku naraz przewozowych parostatków. W celu zaś najściśléjszych obserwacyj sanitarnych każda z sekcyj jest powierzona jednemu lekarzowi, z dodatkiem strażników cywilnych i oddziału wojskowego. Cały zaś kierunek służby pozostaje w ręku inspektora, zwykle doświadczonego już lekarza. W ten sposób wyspa, co dotąd była zaledwie znaną żeglarzom, przez ustalenie na niéj posterunku sanitarnego, nagle zwróciła na się uwagę całego świata. Od roku też 1882 stała się głównym punktem obserwacyj sanitarnych, ku któremu zwracać się muszą wszystkie parostatki i żaglowce przebywające cieśninę Bab-el-Mandeb, przed wyladowaniem przewożonych pielgrzymów w Dżedda lub Jambo.

Do nadania jednak istotnéj wartości czynnościom służby zdrowia na wyspie Kameran nie mogły wystarczyć wyżéj zacytowane urządzenia. Potrzeba jeszcze było zredagować odpowiedni regulamin. Zajęła się tem oddzielna komisyja pod przewodnictwem Dra Stekulisa, delegata ze strony poselstwa holenderskiego do międzynarodowéj rady zdrowia. Dokument ten obejmujący przepisy i instrukcyje do zastosowania w obec parostatków i żaglowców przewożących pielgrzymów, jako cechujący wschodnie stosunki zdrowotne i stanowiący część środków międzynarodowéj policyi sanitarnéj, podaję tu w streszczeniu.

1) Poczynając od 20 Lutego do 16 Sierpnia corocznie, zakład zdrowotny w Kameranie jest czynnym w celu poddawania parostatków, żaglowców i pielgrzymów obserwacyjom lekarskim (kwarantanie).

2) W ciągu sześciu miesięcy wszystkie okręty służące do przewozu pielgrzymów pochodzących z tamtéj strony cieśniny Bab el-Mandeb są obowiązane zwracać się bezpośrednio do Kameranu, nie zawijając do żadnych innych przystani morza Czerwonego

3) Okrętami „pielgrzymskiemi“ zowią się te, które wyłącznie są wynajęte do przewozu podróżnych udających się do Mekki.

4) Do téj liczby nie należą okręty, mające po jednym pielgrzymie na każde sto tonn rejestrem oznaczonego ładunku.

5) Parostatki i żaglowce, na których liczba pielgrzymów nie przechodzi pięciu na każde sto tonn ładunku, mogą zawijać do przystani Abou-Saad (w pobliżu Dżeddy), gdzie są obowiązane wyładować tak podróżnych udających się do Mekki, jak i towary. W tym celu na wysepce Abou-Saad ustalono zawsze czynny urząd sanitarny.

6) Prócz tego do Abou-Saad są obowiązane zawijać wszystkie okręty żeglujące między rozmaitemi przystaniami morza Czerwonego.

7) Wszyscy pielgrzymi udający się do Mekki drogą pośrednią przez Suez, przybywając do Dżeddy podlegają rewizyi lekarskiej. Mogący udowodnić, że pochodzą z tamtéj strony kanału Suezkiego i że w przeciągu przynajmniéj 10 dni pozostawali w dobrym stanie zdrowia w Egipcie, nie podlegają żadnym ostrożnościom.

8) Komendanci okrętów są obowiązani zastosowywać się ściśle do przepisów dotyczących pomiaru przestrzeni, przeznaczonéj na pomieszczenie przewożonych pielgrzymów.

9) Z przybyciem do Kameranu pielgrzymi podlegają ściśléj rewizyi lekarskiéj. Jeżeli warunki higieniczne okrętu są dobre i jeżeli w ciągu odbytéj podróży nie zaszedł żaden wypadek chorobowy, wtedy okręt i podróżni podlegają 5-dniowéj kwarantanie. Rzeczy należące do podróżnych są przewietrzane, okręt myty i oczyszczony. Towar tylko pozostawia się nietkniętym.

10) Okręty z pielgrzymami pochodzące z miejsc, gdzie panuje cholera, choćby w czasie trwania podróży nie miały na pokładzie przypadku cholerycznego, podlegają 10-dniowéj kwarantanie. Towary jednak pozostają na okręcie z wyjątkiem zużytych tkanin, niemytéj wełny, sierści, piór, skór i resztek zwierzęcych nie obrobionych.

11) Okręty, na pokładzie których miał miejsce przypadek cholery w ciągu podróży, podlegają razem z pielgrzymami co najmniéj 15-dniowéj obserwacyi lekarskiéj. Ta ostatnia jest odnawianą każdą razą, gdy się powtórzy przypadek cholery pośród podróżnych lub pośród załogi okrętowéj.

12) Żaden okręt nie może opuścić Kameranu nie zabrawszy wszystkich podróżnych, których tu pozostawił.

13) Żaglowce z pielgrzymami pochodzące z Bassory, Buszyru, Maskatu i Zanzibaru są również obowiązane zawijać do Kameranu. Podlegają jednak daleko łagodniejszéj obserwacyi lekarskiéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8-go stycznia. Skład komisyi redakcyjnéj „Przeglądu Lek.“ w roku bieżącym jest następujący: Przewodniczący redaktor, prof. Gluziński jako prezes Tow. lek. krak., docent Ponikło jako wiceprezes, docent Zarewicz jako podskarbi Tow., delegaci Tow. lek. krak. proff. Cybulski, Mars, Obaliński, Oettinger; delegaci Tow. lekarzy galicyjskich proff. Madurowicz, Rydel; członkowie przybrani: prof. Domański, Kwaśnicki, Murdzieński, prof. Pieniążek i Dr. Schaitter jako sekretarz.

* Prof. Mars, dotychczasowy prezes Tow. lek. krak., wyjechał wczoraj do Warszawy na pogrzeb śp. prof. Szokalskiego.

* Doszedł nas właśnie Rocznik lekarski na rok 1891, wydany przez Dra G. Fritschego, redaktora „Medycyny“ w Warszawie. Jestto rok XII tego wydawnictwa, a posiada on te same zalety co roczniki poprzednie. Oprócz części kalendarzowéj i dokładnego spisu lekarzy praktykujących w Król. Polskiem rocznik niniejszy zawiera także spis lekarzy polskich praktykujących w Paryżu razem z ich adresami; jest ich 31 a pomiędzy niemi 1 kobieta (p. Bertillon-Schultze). Reszta obfitéj treści w zupełności odpowiada potrzebie lekarza praktykującego.

* Z d. 1 stycznia obowiązywać zaczyna nowa taksa leków w dodatku do farmakopei austryjackiéj z r. 1889.

* Zjazd X dla medycyny wewnętrznéj odbędzie się w Wiesbadenie od 6—9 kwietnia r. b. pod przewodnictwem Leydena.

* W tygodniu 51 (21—27 grudnia) było w Krakowie małżeństw 3, urodzin 59, skonów 38 (25·87); z tych było: z gruźlicy 6, z zapalenia płuc 4, z dławca i duru brzusznego po 3.

* W Petersburgu odbyła się d. 20 grudnia piękna uroczystość otwarcia zakładu medycyny doświadczalnéj, wzniesionego przez ks. Aleksandra Oldenburgskiego kosztem 200.000 rubli. Na uroczystości obecni byli prócz książąt krwi reprezentanci trzech mocarzów nauki, a mianowicie Chamberlain w zastępstwie Pasteura, Watson Cheyne w zastępstwie Listera i Pfuhl zięć Kocha.

* Na fundusz wdów i sierót po lekarzach złożył prof. Obaliński złr. 2.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł tajny radzca Dr. Ludwik Mayer, docent ginekologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Fabiana i Nenckiego: Kilka słów o enzymach; Warmana: O użyciu motylfijoletu w chorobach kobiecych; w Nro 1: Gajkiewicza: O obrzęku pochodzenia histerycznego; Seemanna: Płyn Kocha w chorobach chirurgicznych. — W *Medycynie* Nr. 1: Zawiszy: Kilka uwag z powodu spostrzeganych 3 przyp. tak zw. wodnéj puchliny nerek przepuszczającéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. TALKO (w Jarosławiu n/W): Dwustoronniaja koloboma sosudistoi oboloczki pri cielosti iridis (odczyt miany na X. międzynarodowym Zjeździe w Berlinie) (odbitka z *Wiestnika Oftalmol.* 1890, listopad) in 8-vo, str. 3. — PENTZOLDT: Farmakologia tłum. Fabiaba w Warszawie. — Dr. Jan SĘDZIAK: Leczenie przerostu migdałków (odbitka z *Kron. Lek.*) Warszawa, 1890, in 8-vo str. 32. — Tenże: Kwas trójchlorooctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890), in 8-vo str. 10. — Dr. A. JAWOROWSKI: O zastosowaniu elektryczności w ginekologii (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8-vo str. 8.

Sprostowanie. Na str. 674, szpalcie 2-giéj, w. 26 od góry zamiast z kiszki, powinno być: „z kreski wycięto“

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 14-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w sali kliniki lekarskiéj posiedzenie sprawozdawcze.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego krak.** odbędzie się dnia 13-go stycznia b. r. w pracowni prof. Marsa o godzinie 6-téj wieczorem. Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie roczne sekretarza naukowego i podskarbiego. 2) Wybór wydziału. 3) Mianowanie członków korespondentów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 17 Stycznia 1891. Nr. 3.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O zmianach przelotnych, jakie powstać mogą w płucach osób niegruźliczych pod wpływem płynu Kocha.

Podał
Prof. Dr. Korczyński.

W poprzednim Nrze „Przeglądu Lekarskiego“ w rozprawie ogłoszonéj wspólnie z prof. Adamkiewiczem, na podstawie wspólnych spostrzeżeń, podaliśmy kilka dotychczas n i e z n a n y c h szczegółów o sposobie, w jaki limfa Kocha działać może na ludzi niegruźliczych. Ze spostrzeżeń tych wynika, że środek Kocha wywołać m o ż e u ludzi bezwarunkowo o gruźlicę nie podejrzanych powiększenie się śledziony i wątroby, podniesienie się ciepłoty ciała przy stosunkowo mniéj znacznem przyspieszeniu tętna i obniżenie się ciężaru ciała.

Między innemi szczegółami zauważono także u jednéj choréj zaostrzenie się szmeru wdechowego podczas reakcyi gorączkowéj dawką 0·020 wywołanéj, u drugiéj z nieżytem oskrzelowym po dawce drugiéj 0·004 powiększyły się objawy nieżytu oskrzelowego.

Dopiero dalsze doświadczenia wykazały, że te zjawiska nie są czysto przypadkowe, lecz że stoją w ścisłym związku ze stosowaniem szczepianki Kochowskiéj. Dowodzą one, że środek ten w pewnych przypadkach przy zupełnym braku gruźlicy wywołać może zmiany w płucach, które dają się wykryć badaniem przedmiotowem. Opisać te zmiany tak, jak się one według dotychczasowych spostrzeżeń przedstawiają, jest celem niniejszego doniesienia.

I. U trzech osobników o gruźlicę wcale nie podejrzanych, którzy nie okazywali w narządzie oddechowym najmniejszych zboczeń, a którzy użyci zostali do doświadczeń nad działaniem fizyjologicznem tego środka, pojawiły się zmiany w płucach, a mianowicie:

1) U choréj Szydło z hysteryją, u któréj po wstrzyknięciu 0·020 nastała w 4 godzin reakcyja gorączkowa, trwająca godzin 18 (z max. 39·9, w godzin 12), podczas reakcyi gorączkowéj szmer wdechowy na całéj klatce piersiowéj stał się ostrzejszy. Spostrzeżenie to jednak samo przez się nie jest stanowcze, gdyż liczba oddechów z 16 podniosła się podczas odczynu gorączkowego na 40, a wiadomą jest rzeczą, że przy przyspieszeniu ruchów oddechowych szmery wdechowe się zaostrzają.

Natomiast dwa następne przypadki są daleko wybitniejsze.

2) P r z y p a d e k u chorego Georgera z *arthritis gonorrhoica*, o którym była wzmianka w poprzedniem doniesieniu, że już po dawce 0·003 oddziałał gorączką 39.3, tętnem 96 i obrzękiem śledziony, a po dawce 0·040 gorączką do 40·6, obrzękiem śledziony i wątroby i licznym szeregiem zboczeń podmiotowych i czynnościowych, zrobiono naumyślnie przerwę od 29/12—6/1 1891, wśród któréj to przerwy zmiany w wątrobie i śledzionie zupełnie ustąpiły.

Injekcyja 0·003 w dniu 6/1 1891 tym razem podniosła ciepłotę w tym samym dniu tylko do 37·9, tętno do 108 (przedtem max. tętno 92), a dopiero nazajutrz to jest w 20 godzin po injekcyi ciepłota doszła do 38·4 p r z y t ę t n i e 84. Zresztą żadnego innego odczynu.

Dopiero po injekcyi następnéj 0·006 w dniu 7/1 przy ciepłocie 37·9 (jeszcze z dnia poprzedniego podniesionéj), ciepłota w 8 godzin podnosi się do max. **39·4**, tętno zaś opada na 82, a w 6 godzin po injekcyi stwierdzić można przy braku jakichkolwiek objawów podmiotowych powiększenie się śledziony (10 ctm. w podłuż, a 6 ctm. w poprzek) i l e k k i e p r z y t ł u m i e n i e o d g ł o s u na kl. p. z t y ł u u d o ł u p o str. l e w é j poniżéj kąta doln. łopatki na wysokości 5 ctm. bez zmian w szmerach oddechowych, bez kaszlu i bez duszności i przy l. odd. 24.

Nazajutrz r. (8/1) po ponownéj injekcyi 0·006 przy ciepłocie 37·6 (jeszcze z poprzedniego dnia nieco podniesionéj), max. ciepł. dochodzi tylko do 37·9, tętno do 92, śledziona nie powiększa się daléj, natomiast c h l o r k i w m o c z u z m n i e j s z o n e, przytłumienie w płucu lewem w tych samych rozmiarach, t y l k o s z m e r w d e c h o w y w t e m m i e j s c u o s t r z e j s z y.

9/1 po inj. poraz trzeci w ilości 0·006 wyczerpuje się reak. gorączkowa, max. ciepłoty dochodzi do 37·2, tętno do 88, tylko śledziona daléj obrzmiewa (16—10) i staje się macalną. Chlorki prawidłowe. Przytłumienie z tyłu po lewéj str. kl. p. o połowę mniejsze, a szmer wdechowy mniéj szorstki.

10/1 Przytłumienie w pł. l. ustąpiło, pozostał tylko odgłos niższy. Śledziona mniejsza (12--7 ctm.). Ciężar ciała przy tych wstrzykiwaniach podupadł tylko o 200 gm., przy poprzednich o 1 kg.

3) Przypadek. Chory Ablewicz z *neuritis ischiadica sin. subs. scoliosi* po influenzy w grud. 1888 przebytéj. Po wstrzyknięciu 1 cm 0·004 w d. 4/1 reaguje tylko bardzo nieznacznem podniesieniem ciepłoty na 37·8 (przedtem max. 37·5, a raz 37·7) i rychło powstającem powiększeniem się śledziony. Druga inj. 0·008 podnosi t. p. tylko do max. 37·9, i nie sprawia żadnych dalszych objawów. Trzecia injekcyja 0·016 w dniu 6/1 podnosi ciepłotę do 38·3, przy tętnie tylko 76, pociąga za sobą *erythema*, dalsze powiększenie się śledziony, któréj brzeg staje się bolesny; wymiar poprzeczny serca jest większy o 2 ctm. a chlorki w moczu są zmniejszone. Jeszcze w następnym dniu (od injekcyj wolnym) przy max. ciepł. 37·8 śledziona powiększa się daléj, a serce dochodzi do linii środkowéj ciała.

4. inj. w dniu 8/1 w ponownéj dawce 0·016 wywołuje max. ciepł. 38, tętna 92, dreszcze, poty, ból głowy, ból w stawach kolanowych, osłabienie, bolesność gruczołów pachwinowych (ostatnie dwie inj. robione były w podbrzusze ewent. w zewn. powierzchnią uda i wywołały mały obrzęk bolesny). — Następnego d. (9/1 rano) chory bez injekcyi gorączkuje, a max. dochodzi w 28 godzin po ost. injekcyido **39·4**, tętno do 108, śledziona dochodzi rozmiarów 13 - 5 ctm. wątroba we wszystkich wymiarach powiększa się o 4 ctm., ale co najważniejsza, przy badaniu popołudniowem stwierdza się w kl. p. po str. prawéj odgłos przytłumiono bębenkowy począwszy od grzebienia łopatki z osłabieniem tamże szmerów oddechowych, ale bez rzężeń i bez zmian w drżeniu kl. p., w przewodnictwie głosu, bez kaszlu, bez duszności i bez powiększenia liczby oddechów.

10/1 max. ciepl. 38· (a więc chory gorączkuje po ostatniéj injekcyi 48 godzin), śledziona jeszcze większa (14 i 7 ctm.), a z tyłu w szczycie prawym pojawił się odgłos bębenkowy

11/1 serce w rozmiarach prawidłowych, śledziona w wymiarze 6 i 6 ctm, wątroba w rozmiarach swych o 2 ctm. mniejsza, po pr. str. kl. p. z tyłu odgłos bębenkowy w szczycie znikł, przytłumienie poniżéj wyjawniało znacznie, a szmery oddechowe stały się znów wyraźne, a nawet ostrzejsze. Rzężeń żadnych. Ciężar ciała podupadł o 1 kilgm.

13/1 po pr. z tyłu u dołu odgłos jeszcze mniéj jawny; po lewéj z tyłu pojawił się odgłos bębenkowy na całéj przestrzeni. Suchy kaszel męczący z odksztuszaniem skąpych śluzowych plwocin.

A więc w drugim przyp. już w 6 godzin po inj. 0·006 powstaje przytłumienie w lewem płucu u dołu, czemu towarzyszy zmniejszenie się chlorków w moczu. Następnego dnia przy ponownéj injekcyi zaostrzają się tamże szmery oddechowe, a dnia trzeciego przy dalszem wstrzykiwanin odgłos wyp. jawnieje i szmery oddechowe stają się mniéj szorstkie. Poprzednio po dawce 0·040 u tego samego chorego w dniu 29/12 1890 r. zastosowanéj nie pojawiły się żadne zmiany w płucach. — W trzecim przypadku u chorego, który po dawkach 0·004—0·008 nie gorączkuje i gdzie reakcyja ogranicza się tylko do miernego powiększenia się śledziony, po pierwszéj dawce 0·016 przy nieznacznem podniesieniu się ciepłoty do 38·3 zmniejszają się chlorki w moczu, a wymiar poprzeczny serca powiększa się, a po ponownéj dawce 0·016 chory gorączkuje 48 godzin, a w 30 godz. po injek. okazuje w tylnéj części płuca prawego przytłumienie i bębenkowość odgłosu wypukowego z osłabieniem szmerów oddechowych, któreto zmiany przy zaprzestaniu dalszych wstrzykiwań trwają do dzisiejszego dnia.

W obydwu ostatnich przypadkach widać nadto niestosunek miądzy wysokością ciepłoty a tętnem, które mniéj jest częstem aniżeli u gruźliczych a nawet niekiedy opada poniżéj prawidłowego.

Przypadek drugi służyć może także jako przykład, że i osobnik z płucami zupełnie zdrowemi, który wyjątkowo po małych dawkach odpowiada odczynem gorączkowym, może się oswoić z szczepianką Kocha tak, że późniéj dawki też same nie wywołują już u niego odczynu gorączkowego. Prawidło wyczerpywania się reakcyi gorączkowéj może więc stosować się także do niektórych osobników niegruźliczych. Tak samo zdaje się wyczerpywać z czasem oddziaływanie niegruźliczych, objawiające się podupadaniem ciężaru ciała.

Statystyczne zestawienia wykażą, jak często i w jakich dawkach szczepianka Kocha u ludzi niegruźliczych wywołuje obok innych zmian — przeważnie w śledzionie i wątrobie — także pewne zmiany przysłuchowe i wypukowe w płucach. Tak samo tylko badania dalsze wykryć mogą podstawę anatomiczną tych zmian.

Wykazanie, chociażby na powyższych przypadkach, zmian wypukowych i przysłuchowych w płucach zdrowych pod wpływem szczepianki Kocha, nakłonić winno do tem większéj trzeźwości w ocenianiu tych zmian odczynowych w płucach, które powstają według moich dotychczasowych doświadczeń, zgodnych w znacznéj części ze spostrzeżeniami Noordena, Rosenbacha, Wolffa, Gluzińskiego, Turbana i Finklera, tak często u osób gruźliczych, a które dotąd skłonny byłem uważać jako swoiste, tj. przemawiające już same przez się za gruźlicą płuc.

II. U dwóch chorych z nieżytem oskrzelowym wcale o gruźlicę niepodejrzanych po wstrzykiwaniach szczepianki Kocha pojawiły się również przelotne zagęszczenia w płucach, pomimo że chorzy ci na dawki 0·006—0·020 stanem gorączkowym wcale nie reagowali.

U choréj Radzik z *neuritis ischiadica et bronchitis*, u któréj po 2 dawkach 0·002 i 0·004 powiększyły się tylko objawy nieżytu oskrzelowego, po 3-éj dawce w ilości 0·008 w dniu 3/1 (po któréj to dawce chora miała ciepłotę max. tylko 37·6) pojawił się odgłos bębenkowy w tylnych dolnych częściach obydwu płuc, któremu towarzyszyło zmniejszenie się ilości furczeń i gwizdań, a w szczycie prawym z tyłu powstał również odgłos bębenkowy z trzeszczeniami wdechowemi, których tamże poprzednio nigdy nie było Ten sam stan utrzymywał się i dnia następnego po injekcyi 0·015, po któréj ciepłota najwyższa wynosiła tylko 37·1 a tylko tętno z poprzednich 84 podniosła się do 100 i dnia drugiego z rzędu (5/1), gdzie bez injekcyi max. ciepłoty wynosiło 37·5, tętno 76, oddechów 16

Dopiero w nocy z 5/1 na 6/1 pojawił się dreszcz, ciepłota dnia 6/1 r. podniosła się do **37·9**, liczba odd. do 24, a badanie wykazało z tyłu u dołu po str. lewéj w miejscu odgłosu bębenkowego odgłos lekko przytłumiony z zaostrzonym tamże wdechem z licznemi trzeszczeniami i furczeniami; w szczycie prawym z tyłu utrzymywał się daléj odgłos bębenkowy z drobnemi rzężeńkami.

W dniu 7/1 wstrzyknięto *experimenti causa* 0·020, poczem również ciepłota max. wynosiła tylko 37·7, zmiany w płucach przedstawiały się już wieczór w postaci odgłosu przytłumiono bębenko ego z tyłu u dołu po str. lewéj z furczeniami po obydwu stronach znów słyszalnemi, daléj w postaci odgłosu przytłumionego w szczycie po stronie prawéj aż prawie do grzebienia łopatki z drobniutkiemi rzężeniami w szczytach po obydwu stronach podczas wdechu słyszalnemi. — Odtąd zaprzestano dalszych injekcyj a stan płuc okazywał następne kolejne zmniejszanie się objawów miejscowych: 8/1. Przytłumienie w pr. szczycie z tyłu mniéj wybitne, tamże znów wyraźniejszy odgłos bębenkowy z nielicznemi drobnemi rzężeńkami. W szczycie lewym z tyłu lekko bębenkowy. W dole z tyłu po lewéj przytłumiony, mniéj bębenkowy ze szmerami

oddechowemi słabszemi i nielicznemi drobnemi rzężeniami. — 9/1. Odgłos wyp. w dole po str. lewéj wyjawniał, pozostał tylko lekko bębenkowy bez rzężeń, ze szmerami słabszemi. W szczycie prawym z tyłu również jawniejszy, lekko bębenkowy ze szmerami słabemi; u dołu furczenia. W szczycie lewym z tyłu lekko bębenkowy, w pasze u dołu na szczycie wdechu nieliczne trzeszczenia. — 11/1. Po całéj lewéj stronie z tyłu jawny z odcieniem bębenkowym, skąpe furczenia. Po prawéj w szczycie bębenkowy niższy, ale jawny, u dołu skąpe furczenia. Chlorki cały czas prawidłowe, tylko barwiki zwiększone. Ciężar ciała podnosi się zwolna i tylko brakuje $^1/_2$ kg do ciężaru przed injekcyjami. — Śledziona i wątroba przez cały czas nie powiększone.

Kasper Wolski, lat 53, przyjęty 31/12 z rozpoznaniem *bronchitis chronica, emphysema p. in potatore*. Przy użyciu środków wykrztuśnych, nieżyt oskrzelowy się zmniejsza.

Po inj. pierwszéj 0·002 w dniu 6/1 najmniejszéj reakcyi gorączkowéj, podmiotowéj, ani powiększenia śledziony. Mimo to tego samego dnia wieczór stwierdzono po str. pr. z tyłu u dołu lekkie przytłumienie i zwiększoną ilość rzężeń.

Po drugiéj inj. 0·006 w dniu 7/1 (poczem nawet tętno opadło z 84 na 70, a max. ciepł. wynosiła 37) stan ten sam, tylko w miejscu przytłumienia mniéj rzężeń — Odtąd zaprzestano injekcyj, a mimo to pojawiały się nowe zmiany: 8/1. Przytłumienie po str. pr. z tyłu u dołu mniejsze, natomiast w tem miejscu po str. lewéj lekkie przytłumienie z obfitszemi tamże rzężeniami kataralnemi. — 9/1. Po prawéj u dołu tylko lekko bębenkowy, po lewéj przytłumienie mniéj wyraźne. Rzężeń znacznie mniéj. — 11/1. Odgłos wszędzie wyjawniał, szmery szorstkie, rzężeń mniéj niż przed injekcyją. — Chlorki cały czas prawidłowe, ciężar ciała tylko o 400 gm. mniejszy.

W obydwu przypadkach nie było żadnéj zmiany co do ilości i jakości plwocin, w których zresztą prątków gruźliczych nigdy nie stwierdzono.

Z opisu tego wynika więc, że chorzy z nieżytem oskrzelowym również okazywać mogą przemijające zagęszczenia płuc pod wpływem szczepianki Kocha, nawet wtedy, jeżeli na injekcyje nie oddziałują stanem gorączkowym, że zagęszczenia te przedstawiać się mogą w postaci więcéj ogniskowéj i przebiegać bez gorączki, bez zmniejszenia się chlorków w moczu i bez zmiany w stanie ogólnym chorych.

Szczegóły te wykazujące zmiany w narządach wewnętrznych, jakie powstają u ludzi niegruźliczych, rozjaśnić mogą w pewnéj mierze działanie limfy Kocha na ludzi gruźlicą płuc dotkniętych, przynajmniéj w tym zakresie, jakim rozporządza obecnie dyjagnostyka lekarska.

Kraków 13/1 1891.

II. Z zakresu chirurgii nerek.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński

(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 2).

6) Powyżéj wyłuszczyłem, dla jakich powodów przystąpiłem do nefrektomii i wnosząc *a posteriori* to jest z tego co przy operacyi znalazłem, operacyja ta była tutaj zupełnie wskazaną. Na przyszłość postąpiłbym inaczéj w podobnym przypadku, to jest takim, gdzie po skonstatowanym urazie w okolicę nerkową, chwilowem moczeniu krwawem i bólu tamże, wytwarza się zwolna obrzęk chełboczący; a mianowicie przedewszystkiem wypompowałbym z owego guza mocz dokładnie za pomocą przyrządu Potaina lub t. p., a dopiero przystąpiłbym do doszczętnéj operacyi, gdyby pomimo tego guz zaczął się powiększać poraz wtóry. Chociaż jestem przekonany, że punkcyja taka pomoże tylko w wyjątkowych przypadkach, nie należy nią pogardzać jako manipulacyją bardzo prostą, niebolesną, a przedewszystkiem z niebezpieczeństwem nie połączoną. Na jedną okoliczność tylko zwrócę uwagę, że guz ten rosnąc podnosi, czy to na prawéj, czy na lewéj stronie zagięcia kiszkowe (*colon ascendens v. descendens*), trzeba przeto przy nakłóciu tego guza starannie obierać miejsce z boku i ku tyłowi, aby nie obrazić otrzewny, a tembardziéj kiszki. Nadto trzeba być przygotowanym, że pomimo nie wzrastania powtórnego tegoż guza mogą się w tem miejscu utrzymywać bóle, jakto było w przypadku Delaborta (l. c.) lub nawet się powiększać i stać się przyczyną następowéj operacyi, coby sobie można wyjaśnić tem, że pozostały na miejscu skrzepy i resztki moczu i to osadu, które mogłyby dać powód do utworzenia się kamienia.

Stanowczo nie zgadzam się ze zdaniem Maasa i Reczeya, którzy twierdzą, że w tych chronicznych przypadkach, jak nasz obecny, gdzie więc guz w okolicy nerek tworzy się zwolna, należy operować dopiero wtenczas, gdy wystąpią niezbite objawy zropienia treści tegoż guza, a zdanie to swoje mogę poprzeć nie tylko przytoczonym powyżéj przypadkiem Fengera nie objętym ich statystyką, lecz także całym szeregiem przypadków wyjętych z ich statystyki. I tak z przypadków zestawionych przez Maasa można tu przytoczyć przypadki pod następującemi liczbami porządkowemi umieszczone: 23, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 50, 51, 55 i 56. Do téj saméj kategoryi należy zaliczyć przypadki zamieszczone w dodatkowéj statystyce Reczeya pod Nr. 13, 20, 21, 25, 30, 43 oraz jego własny przypadek tamże opisany (l. c.).

Nie chcąc powtarzać tego, co oni już przedłożyli, nie opisuję szczegółowo tych przypadków, podaję jednak dokładne źródło, z którego każdy sprawą tą się interesujący może się przekonać, że we wszystkich tych przypadkach po kilkunastu, kilkudziesięciu lub i więcéj dniach nastąpiła śmierć, że sekcyja wykazała pęknięcie lub zmiażdżenie nerki, że daléj we wszystkich znajdujemy wzmiankę o obrzęku w okolicy nerki nadwerężonéj, że w końcu najczęściéj śmierć następowała w krótkim czasie po wystąpieniu przypadów zapalnych. Z tego wynika, że operacyja doszczętna, robiona dopiero wtenczas, kiedy te objawy się pokażą, będzie najczęściéj pomocą spóźnioną i nie potrafi już usunąć grożącego niebezpieczeństwa; dlatego też ja w swoim przypadku przystąpiłem wcześniéj do operacyi i radzę tak czynić we wszystkich przypadkach, w których znajdziemy racyjonalne przypady przemawiające za pęknięciem nerki.

Jeżeli w tych chronicznych przypadkach można się jeszcze sprzeczać o porę, w któréj przystąpić należy do operacyi, to w przypadkach z przebiegiem nagłym, których opisy mamy podane w powyższych statystykach całemi szeregami, a które kończyły się śmiercią w kilkunastu lub kilkudziesięciu godzinach a przeważnie odznaczały się obok krwawego moczenia bardzo znaczną niedokrewnością, nie powinniśmy tracić czasu na debatach i namysłach, lecz jak najprędzéj przystąpić w imię pięknéj dewizy chirurgicznéj „*in certis fortiter*“ do operacyi, celem zapobieżenia śmiertelnemu krwotokowi.

7) Na podstawie własnéj obserwacyi nie mam powodu odstąpić od zasad wypowiedzianych powyżéj, gdy była mowa o wyborze metody operacyjnéj t. j. że w nagłych przypadkach należy obrać drogę krótszą, a więc i szybciéj wykonać się dającą t. j. przez laparatomiję (*nephrectomia*

transperitonealis), a to tembardziéj, że tutaj z powodu świeżości przypadku nie ma jeszcze tak znacznéj obawy zakażenia otrzewny, a powtóre i dlatego, że ta ostatnia nie rzadko doznaje także obrażenia; idąc zatem tą drogą możemy jamę brzuszną oczyścić i pękniętą otrzewnę zaszyć.

W przypadkach późniéj operowanych, gdzie wyczuwamy w głębi duży guz, lub wcale już w takich, gdzie znaczny odczyn miejscowy i ogólny świadczy o ropieniu lub nawet posoczeniu odbywającem się we wnętrzu tego guza, lepiéj jest trzymać się metod zaotrzewnowych, których mamy w literaturze podanych cały szereg, a z których ja polecam jako wygodną i przystęp do wnętrza ułatwiającą metodę Bardenheuera.

8) Nefrektomij z powodu podskórnego obrażenia nerki było dotąd w literaturze notowanych przypadków cztery: Arxa, Rawdona, Fengera i Barkera, z tych tylko ostatni z pomyślnym skutkiem. Do tych przybywają dwa pomyślne: Hochenegga i mój.[1])

Jeżeli ja na podstawie jednego przypadku pozwalam sobie czynić jakieś ogólne wnioski, to usprawiedliwia mnie przedewszystkiem ta okoliczność, o któréj zaraz na wstępie wspominałem t. j. że przypadki te należą do rzadkich, że więc dotychczasowe wnioski czynione były z małéj liczby przypadków i to przeważnie na podstawie protokółów sekcyjnych. W obec małéj liczby tych przypadków mało było sposobności do operacyj doszczętnych; aby więc do dalszych w tym względzie doświadczeń kolegów zachęcić, pospieszyłem z opisem choćby pojedynczego przypadku, a to tembardziéj, że starałem się wyzyskać go tak pod względem dyjagnostycznym jak i terapeutycznym.

„Non numerandae, sed ponderandae sunt observationes“.

II. Ropień przynerkowy — cięcie wrotowe podwójne — wyleczenie.

Nie .ważyłbym się nawet na tem miejscu wspominać o tego rodzaju przypadku, gdyby nie szczególny interes jaki on przebiegiem swoim budzi.

Jak wiadomo ropniem przynerkowym nazywamy ropienie, które szerzy się w okach i przestworach torebki tłuszczowéj nerki i czasem ztąd przechodzi na tkankę łączną podotrzewnową tak, iż ztąd przebić się może do sąsiednich jam ciała.

Ropnie te znane pod mianem *„abscessus paranephriticus“* są albo idyjopatyczne, albo biorą swój początek w urazie albo też są ciągiem dalszym sprawy toczącéj się w saméj nerce. W pierwszych dwóch razach zbliża się najczęściéj ognisko ropne do skóry, przychodzi do przecięcia i sprawa cała kończy się wygojeniem szybszem lub powolniejszem. Nawet i trzeciéj kategoryi ropnie przynerkowe niekiedy tym torem idą; najczęściéj jednak stawiają one znaczny opór wszelkim środkom ściągającym, antiseptycznym i drenom, nie goją się a nadto odznaczają wielką obfitością cuchnącéj ropy, która w jedną i drugą stronę t. j. przez ranę zewnętrzną i przez moczowód ujście sobie znajduje.

Jak sobie w podobnym przypadku postąpiłem, wyjaśni następująca krótka historyja choroby.

J. P., lat 47 liczący, woźny z Dąbrowy, przybył na oddział d. 1/9 1888 twierdząc, że od 2 miesięcy doznaje bólu w lewéj okolicy lędźwiowéj, gdzie przed miesiącem zaczął mu się tworzyć wśród dreszczów i znacznéj gorączki guz bardzo bolesny. Opierając się na tem, że pac. oddawał mocz z osadem ropiastym, musiałem guz ten uważać za ropień przynerkowy, który wziął początek z ropnia okołonerkowego a właściwie z roponercza. Celem ulżenia choremu w jego cierpieniach a ewentualnie nawet i radykalnego wyleczenia, wykonałem cięcie lędźwiowe według Simona, przyczem natrafiono na ropień jakby z dwu komor złożony tak, że po wypuszczeniu ropy z pierwszéj, trzeba było jeszcze naciąć w głębi przegrodę, poczem dopiero druga połowa ropy swobodnie mogła odpłynąć. Mimo pilnego i starannego opatrunku i przestrzykiwania rany nie chciała się ona goić, a ropa odpływała w obfitéj ilości tak przez nią jakoteż i z moczem. Skutkiem tego zdecydowałem się na wyjęcie nerki zropiałéj, lecz gdy choremu zamiar mój oświadczyłem, nie zgodził się na to i opuścił zakład po przeszło dwumiesięcznym pobycie.

W półtora roku późniéj (kwiecień 1890) zgłosił on się do mnie po raz wtóry, lecz w stanie bardzo rozpaczliwym, chudy, wynędzniały, z raną nie tylko nie zagojoną, lecz wydzielającą w wielkiéj ilości ciecz nader cuchnącą, posokowatą. Mocz kwaśny wykazuje w osadzie obok zwiększonej ilości śluzu, ciałka ropy pojedynczo w małéj ilości i ciałka krwi czerwone dosyć częste. Tym razem zgadzał się pacyjent na wszystko, więc w dniu 6/5 1890 przystąpiłem do operacyi. Za pomocą cięcia dwuwrotowego podług Bardenheuera dostałem się do otrzewny, którą z powodu bliznowatego przeistoczenia téj okolicy trudno mogłem rozpoznać, jakoteż ją odsunąć, chociaż w końcu dostałem się pod nią do jakiegoś chełboczącego i z góry na dół dłuższą swą osią położonego guza, po którego nacięciu wypłynęło z litr takiéj saméj smrodliwéj i mętnéj cieczy jak ta, która dotąd przetoką na zewnątrz się wydobywała. Czy jama ta komunikuje z nerką, lub czy też jedna jéj część utworzona jest przez nerkę, tego nie mogłem ocenić z powodu głębokiego położenia téj jamy, jakoteż z powodu zbitości i niepodatności ścian ją otaczających. Przednie odnogi cięcia zespojono szwami dokładnie, tylne zostawiono nie zespojone a to celem ułatwienia dokładnéj tamponady gazą jodoformową. Odtąd postępowało gojenie bardzo raźnie, odpływ oczyścił się od razu a ilość jego zmniejszała się z każdym dniem tak, że pacyjent mógł po sześciu tygodniach opuścić zakład jako zupełnie wyleczony. Ponieważ i mocz zupełnie się oczyścił, przeto przypuścić należy, że i zmiany w nerce również ustąpić musiały.

III. Kamień nerkowy; przetoka moczowodowa; zropienie tkanki łącznéj zaotrzewnowéj; nefrektomija; zejście śmiertelne.

W. M., ksiądz, lat 33, liczący, przybył na oddział dnia 31/5 1890. Z opowiadania dowiadujemy się, że przed dwoma laty zachorował nagle śród bólu w boku lewym tak gwałtownego, iż prawie od zmysłów odchodził, a które dopiero po wstrzyknięciu podskórnem morfiny się zmniejszyły, że odtąd zaczął się tamże tworzyć guz bolesny, który po kilku tygodniach lekarz przeciął, poczem wprawdzie nastąpiła znaczna ulga, lecz wyrobiła się przetoka moczowa. Pacyjent skonstruował sobie sam bardzo zmyślny pasek, za pomocą którego zbierał się mocz z przetoki w przeznaczonem na to naczyniu; mimo tego pragnął pozbyć się téj przykréj choroby i w r. 1889 zgłosił się do mnie o poradę. Nakłaniałem go wówczas do nefrektomii jako jedynie racyjonalnéj terapii

[1]) Już po napisaniu niniejszéj rozprawki, dowiaduję się z 49 Nru Gazety Lekarskiéj, że prof. Kosiński wykonał z pomyślnym skutkiem nefrektomiją z powodu pęknięcia nerki.

a to tembardziéj, że mieliśmy w obfitym i prawidłowo wyglądającym moczu, który w pęcherzu się gromadził, dowód istnienia i należytego funkcyjonowania drugiéj nerki. Pacyjent nie zgodził się na razie na to, odkładając operacyję do późniejszego czasu.

W rok późniéj zapadł znowu cięźéj wśród dreszczów i gorączki, a gdy po tygodniowem trwaniu choroba zamiast zwalniać tylko się jeszcze wzmagała, przywieziono go na mój oddział w następującym stanie: Wychudnienie i osłabienie znaczne, leży na łóżku prawie bezwładnie, bo każdy ruch sprowadza gwałtowne bóle w kończynie dolnéj lewéj, zagiętéj w stawie biodrowym i kolanowym. Dokoła przetoki moczowéj w okolicy lędźwiowéj lewéj obrzęk znaczny przy ucisku bolesny, również można wykazać w głębi brzucha po stronie lewéj obrzęk twardy, bolesny, rozlany. Udo lewe grubsze niż prawe, ucisk na krętarz nie bolesny, jakkolwiek części miękkie do około niego przy ucisku bolesne i jakby chełbotanie głębokie wykazujące. Temperatura ciała waha w ciągu dnia między 37·5° a 39·7° C. Z przypadów powyższych rozpoznałem zapalenie tkanki łącznéj zaotrzewnowéj, skutkiem zacieku moczowego i postanowiłem rozszerzaniu się jego zapobiedz cięciem, które wykonałem w dniu 2/6 1890 w narkozie chloroformowéj. Przedewszystkiem naciąłem części miękkie głęboko poza krętarzem dużym lewym, lecz nie znalazłszy tam żadnego nacieku, ranę zaszyłem i przystąpiłem do odsłonięcia otrzewny za pomocą cięcia nadpachwinowego, po któréj odsunięciu odsłoniłem mięsień lędźwiowy i w głąb go naciąłem, lecz gdy i tutaj żadnéj ropy nie znalazłem, wytamponowałem jamę gazą jodoformową. Dodać należy, że w narkozie dała się wyprostować kończyna dolna lewa. Skutek więc téj operacyi nie mógł być żaden, dlatego też ani chory nie doznał ulgi, ani nie opadła temperatura ciała, nadto pojawiły się bardzo silne bóle w kończynie wyprostowanéj. Gdy po kilku dniach przy zmianie opatrunku pokazało się kilka kropel ropy z moczem zmięszanéj w głębi rany po nad więzadłem Pouparta, zachloroformowałem chorego powtórnie a rozszerzywszy i pogłębiwszy nieco ranę, dotarłem tym razem do ogniska ropy, któréj wypuściłem kilkaset grm. Odtąd bóle się zmniejszyły, temperatura ciała opadła, rany niektóre pogoiły się *p. primam*, inne zaczęły się wypełniać ziarniną, chory odzyskał apetyt, a w skutek tego i siły tak, że po dwóch miesiącach zaczął się podnosić z łóżka, przyczem mu przeszkodą była kończyna lewa dolna, która chociaż już nie bolesna, okazała się pozornie krótszą, jako następstwo podniesienia miednicy po téj stronie. Natomiast wytworzyły się obecnie dwie przetoki moczowe, jedna dawniejsza w okolicy lędźwiowéj, a druga tuż po nad więzadłem Pouparta; obydwie razem wydzielały moczu nie więcéj niż 300—400 kcm., co jednak wystarczyło, żeby nim przesiąknął nietylko opatrunek, lecz i pościel a względnie suknie. Drogą pęcherzową, a więc z drugiéj nerki wydzielało się średnio na dobę 1400—1500 kcm. z nader małym śladzikiem białka i skromnym rozsypistym osadem.

Na téj podstawie oświadczyłem pacyjentowi, że i teraz nie pozostaje do usunięcia tego przykrego stanu nic innego, jak usunięcie nerki, co jednak obecnie dokonanem być może w warunkach o wiele gorszych niż by to miało miejsce przed rokiem, a gdy pacyjent na wszystko się zgadzał, przystąpiłem dnia 27 września 1890 do operacyi.

Rozważywszy sobie, że przy poprzednich zaotrzewnowych operacyjach natrafiałem na bardzo zmienione stosunki anatomiczne, daléj, że obecnie one jeszcze bardziéj zmienić się musiały skutkiem obfitego i długotrwałego ropienia i przetok, postanowiłem tym razem dotrzeć do nerki inną drogą, t. j. od przedniéj strony brzucha. Operacyja ta jest o wiele prostszą i łatwiejszą, tylko że w niniejszym przypadku dotarła destrukcyja aż do saméj otrzewny, tak że ona z trudnością odjąć się dała z przedniéj powierzchni nerki; ta zaś dała się wydobyć dobrze, chociaż przy użyciu niejakiéj siły, właśnie z powodu nadmiernego wytworzenia się bliznowatych tkanin Najciekawszym objawem było to, że przy ciągnięciu nerki przerwała się jéj wnęka, a mimo to nie było krwotoku co nam było jasnem dopiero po obejrzeniu wyjętéj nerki: przekroiwszy ją bowiem podłużnie przekonaliśmy się, że osłony jéj zamieniły się na powłokę zbitą, twardą, grubości przynajmniéj 1 ctm., skutkiem czego sama nerka zmniejszyła się o połowę, z czego wynika, że organ ten pozostając tak długi czas pod wpływem drażnienia od zewnątrz, chronił się pancerzem ze zbitéj tkanki łącznéj na koszt własnéj istoty; w następstwie zaś ucisku przez zbitą tę tkankę łączną przyszło nawet do zdławienia głównych naczyń nerkowych Daléj pouczyły mnie oględziny téj nerki, że nie ma w niéj nigdzie ubytku ani w jéj istocie ani też w jéj miedniczce tylko w jednym z kielichów tkwił kamyczek wielkości grochu w dowód, że przetoka moczowa znajdująca się gdzieś niżéj w moczowodzie wywołaną została najprawdopodobniéj przez uwięzgły w nim kamień nerkowy.

W obec tego, że potargana a przytem niepodatna (z powodu bliznowatych przetok pod nią się znajdujących) otrzewna nie dała się dokładnie zespoić, wytamponowałem całe łożysko gazą jodoformową, któréj koniec przez rozszerzoną poprzednio przetokę lędźwiową wyprowadziłem a w końcu ranę w poprzedniéj ścianie brzusznéj jak zwykle zaszyłem.

Po operacyi był zapad znaczny, lecz po wstrzyknięciu eteru pod skórę i podaniu wina ustąpił. Późniéj dokuczały choremu częste wymioty. Ciepłota ciała nie podniosła się: bóle były mierne, moczu oddał w pierwszych 24 godzinach po operacyi około 500 kcm. Na drugi dzień czuł się silniejszym, lecz popołudniu wystąpił znów silny zapad sił, wśród którego życie zakończył. Sekcyi nie robiono, przeto tylko na domysł twierdzę, że przyczyną śmierci była *peritonitis septica*.

IV. Roponercze wywołane kamieniem w miedniczce nerki wędrującéj. Nefrektomija; wyleczenie.

M. B., lat 24 licząca, służąca, przybyła dnia 17/11 1890 na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza z wielkiemi bólami pochodzącemi od obrzęku w prawem podżebrzu położonego i podała nam następujące szczegóły o początkach téj choroby: W lipcu b. r. miał powstać po raz pierwszy ból po prawéj stronie brzucha, trwał w jednakiem silnem natężeniu przez dobę i sam dobrowolnie ustąpił; wymioty, które mu także towarzyszyły, ustąpiły również po kilku dniach przy spokojnem leżeniu i środkach czyszczących. Drugi podobny napad miał miejsce w sierpniu a do powyższych przypadów miała się przyłączyć jeszcze i żółtaczka. Trzeci w połowie września, przez październik i pół listopada czuła się względnie zdrową, a obecny napad trwa od 24 godzin t. j. od 16 listopada b. r.

Blondynka ze skórą białą, miernie odżywiona, skarży się na gwałtowny ból w podżebrzu prawem. W obec prawidłowych stosunków w klatce piersiowéj, lekkiéj żółtaczki w białkówkach, owego bólu w prawem podżebrzu doprowadzającego chorą aż do omdlenia, w obec daléj tamże wymacalnego obrzęku kulistego, rozlanego, wielkości pięści pod wątrobą położonego i w obec systematycznie powtarzających się napadów, trzeba było w pierwszym rzędzie myśleć o kamieniach żółciowych, które uwięźnieniem sprowadzają bóle, a w następstwie zapalenie worka żółciowego i to ropne, zaczem podwyższenie ciepłoty ciała do 39·5 przemawiało. Mocz pod względem ilości i barwy prawidłowy okazywał tylko śladzik białka, zresztą skład prawidłowy, nie myśleliśmy przeto o chorobie nerkowéj; gdy zaś z powodu gwałtownego bólu dokładne zbadanie, a mianowicie obmacanie tej okolicy było niemożebnem, postanowiłem chorą zachloroformować i badać, a gdyby i to nie dało pewności, wykonać cięcie rozpoznawcze, któreby w danym razie posłużyć mogło także w celach dokonania doszczętnéj operacyi, mając na myśli wycięcie zwyrodniałego worka żółciowego. Po nastaniu znieczulenia wydało się palcom badającym, że guz ten położonym jest głębiéj, przeto przypuszczenie otoku worka żółciowego doznało zachwiania. Celem rozstrzygnięcia otworzyłem jamę brzuszną cięciem podłużnem po zewnętrznym brzegu mięśnia prostego poprowadzonem, poczem się przekonałem, że worek żółciowy jest prawidłowy, a że guzem owym jest znacznie powiększona i łatwo przesuwalna prawa nerka, która nadto okazywała wyraźne chełbotanie w miejscu miedniczki. Śledząc za moczowodem, czułem w głębi coś twardego, wielkości fasoli. W obec tych danych musiałem przyjąć wytworzenie się roponercza na podstawie kamieni w miedniczce i moczowodzie i postanowiłem wykonać natychmiast nefrektomiję, tutaj bardzo ułatwioną przez ruchomość nerki. Przekonawszy się poprzednio o istnieniu drugiéj nerki i nabrawszy przekonania, że mocz oddany tylko z niéj mógł pochodzić, przystąpiłem śmiało do operacyi i w tym celu rozsunąłem jelita, naciąłem tylną ścianę otrzewny, a wydobywszy opuchłą nerkę z głębi, podwiązałem jéj wnękę i odciąłem. Przy tym ostatnim akcie operacyjnym dostało się trochę płynu ropiastego z obciętéj nerki do jamy otrzewnowéj, lecz tenże wymaczałem zaraz dokładnie kulkami z gazy sublimatowéj i przemyłem całe pole operacyjne ciepłą wodą borową tak, że o infekcyję z tego powodu wcale się nie trwożyłem. Przekonawszy się, że krwotok jest ściśle zatamowany, zaszyłem czemprędzéj tylną i przednią ranę w otrzewny a w końcu i ranę brzuszną zewnętrzną tak, że operacyja cała ukończoną była w 90 minutach przy zużyciu 45 grm chloroformu.

Z wyjątkiem lekkich bólów zaraz po operacyi i wymiotów po chloroformie nastąpiło zagojenie się *p. primam*, a chora w trzy tygodnie po operacyi opuściła zakład. Ilość moczu zachowywała się jak następuje: w pierwszéj dobie 520 kcm., w drugiéj 620, w trzeciéj 820, w czwartéj 930 a od piątéj po nad 1000.

Oprócz tych uwag, które mi się nasunęły przy omówieniu pierwszego z moich przypadków i dotyczyły wyłącznie urazów nerki, dały mi trzy ostatnie przypadki sposobność do zebrania następującego doświadczenia w razach ciężkich zapalnych chorób nerki lub ich następstw:

1) Sprawy ropne w nerce z rozszerzeniem się na części sąsiednie wymagają typowéj nefrektomii, aby zapewnić odpływ ropie i posoce na zewnątrz, dobrze wyczyścić ściany zbiornika tychże i zapobiedz dalszemu rozszerzaniu się na części ważniejsze, do których zaliczyć możemy jamę otrzewnową, opłucnową, a nawet staw biodrowy. Celem dopięcia tego zamiaru wystarczy nam częstokroć cięcie lędźwiowe tylne czyli S i m o n a, w przypadkach jednakże, w których ropa już znaczniéj pod otrzewnę się podminowała, lepiéj będzie wykonać jedno- lub dwuwrotowe cięcie B a r d e n h e u e r a zezwalające na lepszy przystęp do powstałych zatok i nysz.

2) Przetoka moczowodowa powinna absolutnie być usuniętą przez odpowiednią nefrektomiję, jeżeli tylko obecność i dobra funkcyja drugiéj nerki na to zezwalają i to nietylko z przyczyn subjektywnych t. j. od samego pacyjenta zawisłych, jak n. p. okoliczność, że mocz z przetoki odpływający nie daje się dobrze chwytać w przyrządy, wnika w ubrania i staje się przeszkodą w zajęciu i używaniu rozkoszy życia; lecz także z przyczyn objektywnych, gdyż i przy najlepiéj funkcyjonujących przyrządach wywołać może przetoka moczowodowa nawet po długiem już trwaniu podobne zniszczenia jak te, o których wspominałem pod I. 1.

3) Nefrektomija w tych ostatnich warunkach dokonana daje znacznie gorsze widoki wyleczenia, niż w takich razach, gdzie niema ropienia i przez nie wywołanych bliznowatych zrostów.

4) Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że przy równych dobrych warunkach jest i wykonanie nefrektomii z otwarciem jamy brzusznéj (*n. transperitonealis*) łatwiejszem i szybszym przebieg leczenia pooperacyjnego, niż nefrektomii zaotrzewnowéj (*n. extraperitonealis*), lecz nie wszędzie da się zastosować pierwsza z nich. Moje doświadczenie poucza mnie, że wszędzie tam, gdzie sprawa odbywa się śród torebki nerkowéj należałoby użyć metody śródotrzewnowéj, gdzie zaś zajęte są i części sąsiednie, należy się ograniczyć do metody zaotrzewnowéj osobliwie zaś, jeżeli się rozchodzi o sprawy ropne

---

III. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

P r z y p. 3. Zakrz... 32 lat, chora od 6 tygodni, od $2^1/_2$ niema obrzęków, moczu 1400—1600 ctm.^{3}, stale białko, choć niewiele. O b j a w y d y s p e p t y c z n e: odbijanie po jedzeniu, język obłożony, brak apetytu. Bezsenność, ogólne osłabienie. Stolec codzień, serce i płuca normalne. Próba Ewalda.

9. W. HCl słabo, og. kw. 29, pept. wyraźne, mleczny ślady, lab. wątpliwy. Przesącz + HCl trawi mało.

15. HCl 0,028%, og. kw. 22, pept. i mleczny słabo.

30. W. HCl słabo, og. kw. 30, pept. wyraźne, mleczn. mało. Obrzęków nie było. Białko w moczu. Przy przyjmowaniu HCl po jedzeniu objawy dyspeptyczne zmniejszały się.

P r z y p. 4. Ost.. 40 lat, chora od $^1/_2$ r. Pierwszy raz obrzęki trwały miesiąc, teraz od 4 tyg. Silne obrzęki, dużo białka, moczu 1500—1600, ilość ta nie zwiększa się i obrzęki nie zmniejszają. Serce, płuca norm. S ł a b e o b j a w y d y s p e p t y c z n e. Próba Ewalda.

8. Woln. HCl brak zupełny, og. kw. 18, pept. i mleczny słaby, lab. niema. Przesącz + HCl trawi bardzo mało, bez HCl nic. *St. idem.*

10. W. HCl brak, og. kw. 22, pept. wyraźn., mleczn mało, lab. brak. Przesącz + HCl trawi b. mało, bez HCl nic.

22. W. HCl brak, og. kw. 24, pept. wyraźny, mleczn. mało. Po tygodniu chora umarła od zwiększającego się osłabienia serca. Użycie HCl po jedzeniu zmniejszało objawy dyspeptyczne.

Przyp. 5. K... 43 l., chora od 2 tyg. Znaczne obrzęki, arytmija, moczu 1200, dużo białka. Słabe objawy dyspeptyczne przedtem nie istniejące. Próba Ewalda.

12. W. HCl wyraźny, og. kw. 34, pept. wyraźne, mleczn. ślady.

15. W. HCl. ślady, 0,0113%, og. kw. 18, pept. 6 słabo, mlecz. słabo, przesącz + HCl trawi nieco lepiéj, niż bez HCl. Obrzęki zwiększyły się, ilość uryny mniejsza, objawy uremiczne, bóle głowy, wymioty. Chora wyszła z kliniki, dyjeta zalecana, *kali acet.*

Przyp. 6. Ken... lat 63, chory na obrzęki od 2 lat; przy leczeniu zawsze poprawa; teraz obrzęki od tygodnia; nie było nigdy objawów uremicznych, niema zupełnie dyspeptycznych objawów. Moczu 600—700 ctm.^{3}, mało białka, *kali acet.*

15. W. HCl brak, og. kw. 22, pept. wyraźn., mleczny jest, lab. brak. Przesącz + HCl trawi prawie wszystko, bez HCl b. mało. Próba Ewalda.

20. W. HCl brak, og. kw. 26, pept. słabo, mlecznego mało. Próbne śniadanie 250 ctm.^{3} mleka i 60 grm. bułki po 1 g. 20 m.

30. W. HCl słabo, og. kw. 26, pept., mleczny słabo. Próba Ewalda. Ilość uryny nieco większa (1600). Obrzęk, prawie bez zmiany.

6 lip. W. HCl słabo, og. kw. 32, pept. wyraźne, mleczny średnio. *St. idem.* Żołądek rano (o g. 8) zawsze pusty, choć chory miał zwyczaj przyjmowania pokarmu o 1$^1/_2$ do 2$^1/_2$ g. w nocy.

Przyp. 7. Kalin.., 38 l., obrzęki od 2 tyg. po silnym upadku na plecy. Znaczne obrzęki, dużo białka. Mocz 500 do 600 ctm.^{3}. Objawy dyspeptyczne, jednocześnie z obrzękami.

26. W. HCl 0,0226%, og. kw. 50, pept. słabo, mleczn wyraźne, lab. brak. Przesącz + HCl prawie nie trawi. Próbne śniadanie mleka 250 ctm.^{3}, kleiku 500 ctm.^{3} i 60 grm. bułki, do 2 godz.

28. HCl 0,0226%, og. kw. 32, pept. słabo, mleczny mało. Ilość moczu nie zwiększa, obrzęki nasilają się. To samo śniadanie.

31. HCl 0,0226%, og. kwas. 40, pept. wyraźne, mlecz. b. słabo. Przesącz przetrawia nawet bez HCl. Ilość moczu zwiększała się.

5. W. HCl b. słabe ślady, pept. wyraźne, mleczn. b. mało, lab. brak. Mleko z herbatą (250 ctm.); 60 gm. bułki po 1 g. 20 m.

Przyp. 8. Kom... 24 lat, chora od tygodnia, małe obrzęki, mało białka.

22. W 1$^1/_2$ g. po 250 ctm. mleka i 60 grm. bułki, żołądek pusty.

23. HCl 0,0169%, og. kw. 32, pept. wyraźne, mleczn. ślady, lab. niema. To samo śniadanie, 1 g. 15 m.

24. W 1 g. 20 m. po takiem samem śniadaniu żołądek prawie pusty. Chora opuściła klinikę z obrzękami, ale z dyjurezą. Liczne badania moczu w przesączu 1$^1/_2$ miesiąca przekonywały o braku białka. *Nephritis acuta.* Nie było zupełnie dyspeptycznych objawów.

Przyp. 9. Kośm... l. 19, obrzęki od 5 dni. Niema objawów dyspeptycznych. Obrzęki b. znaczne, białka dosyć, moczu 600—700 ctm. *Kali acet.*

20. W. HCl słabe ślady (Günzburg) 0,8338% og. kw. 32, pept. wyraźne, mleczne ślady. Przesącz bez HCl trawi b. mało + HCl dosyć. Mleko, kleik, bułka w 1$^3/_4$ g.

21. Kw. 2600 białka bardzo mało. Wanna.

22. Obrzęków prawie niema. Konwulsywna mocznica od 21 w.

23. Bóle głowy, obrzęków niema.

25. W. HCl brak, og. kw. 42, mleczn. wyraźny, pept. jasne. Zdrów. Białka niema. Mleko i bułka w 1 g. 20 m.

26. HCl 0,0113%, og. kw. 28, pept. wyraźne, mleczny słaby, lab. niema. Przesącz + HCl trawi tak samo mało, jak bez HCl. Mleko + kleik + bułka. Chory wyszedł z kliniki bez obrzęków i białka.

Przyp. 10. Porz... 32 l., chory od 1 tyg., duże obrzęki, dużo białka. Moczu 700—800. Niema objawów dyspeptycznych. *Kali acet.*

21. HCl 0,0226%, og. kw. 32, pept i mlecz. wyraźne, lab. brak. Sztuczne trawienie niedostateczne. Mleko + kleik + bułka po 1$^3/_4$ g.

24—25. Uremija. *Inf. Sennae.*

30. W. HCl brak, og. kw. 22, pept. wyraźne, mlecz. ślady. To samo śniadanie w 1 g. 40 m. 1200—1400 ctm.

7. W. HCl brak, og. kw. 22, pept. wyraźne, mleczny ślady, lab. brak, przesącz + HCl nie trawi. Moczu co 2000 ctm. To samo śniadanie 1 g. 50 m.

9. W. HCl ślady 0,0113%, og. kw. 36, pept. wyraźne, mleczny jest. Przesącz + HCl trawi mało. Moczu 3500.

17. HCl 0,0226%, og. kw. 52, pept. i mleczn. wyraźny, lab. wątpl. Przesącz + HCl trawi prawie wszystko. Śniadanie Ewalda. Obrzęków prawie niema. Dużo moczu.

25. HCl 0,0552%, og. kw 50, pept. i mleczny wyraźny. Próba Ewalda. W moczu dosyć białka. Obrzęków niema. Nie było zupełnie objawów dyspeptycznych.

Przyp. 11. Kost... lat 45, chory od 4 tyg. Słabe objawy dyspeptyczne. Mało moczu, mało białka. Obrzęki średnie.

15. W. HCl brak, og. kw. 26, pept. wyraźne, mleczny ślady, lab. brak. Przesącz + HCl trawi dobrze. Próba: mleko + kleik + bułka, po 2 godz.

17. W. 2 g. po tym śniadaniu, żołądek pusty.

18. W. HCl brak, og. kw. 18, pept. słabo, mlecz. ślady. Sztuczne trawienie niedostat. To samo śniadanie. Moczu 1800. Niema zupełnie objawów dyspeptycznych.

19. HCl 0,0452%, og. kw. 36, pept. wyraźne, mleczn. mało, lab. niema, sztuczne trawienie + HCl dobre. Uryny 3000.

21. HCl 0,0226% (według Günzburga) brak, og. kwas. 24, pept. wyraźne, mleczn. ślady, lab. brak. Przesącz + HCl trawi dobrze.

23. W. HCl brak (wedł. Günzb.), og. kw. 28, pept. wyraźny, mlecz. ślady, lab. brak., przesącz + HCl mało trawi. Od 3 dni bez lekarstw. Obrzęków niema. Białka w urynie. Zwykłe śniad. 1$^3/_4$ g.

27. W. HCl 0,0678%, pept. wyraźne, mlecz. słabo, og. kw. 48, lab. jest, trawienie pepsynowe dobre. Bez obrzęków. Mało białka w moczu. Mleko z herbatą (250 ctm.) i bułka w 1$^1/_2$ g.

Przyp. 12. Os... 50 lat, chory od 2 tyg. Niema objawów dyspeptycznych. Słabo *bronchitis.* Małe obrzęki, mało białka w moczu.

30. W. HCl brak, og. kwas. 20, pept. wyraźne, mlecz. ślady, lab. brak. Przesącz + HCl nie trawi. Mleko + kleik + bułka co 2 godziny.

2. W. HCl 0,0226% (wedł. Günzb. brak), og. kw. 26, pept. wyraźn., mlecz. ślady, lab. brak. Pepsyny niema. Obrzęków prawie niema. Dużo moczu.

6 W. HCl brak, og. kw. 22, peptony wyraźne, mlecz. ślady, lab. niema, pep. prawie niema. Uryny 3000—3500 ctm.^{3}, ślady białka, bez obrzęku. Wreszcie chory powrócił z obrzękami. Objawy dyspeptyczne.

20. W. HCl brak, og. kw. 30, peptony wyraźne, mlecz. ślady, przesącz + HCl nie trawi. Śniadanie Ewalda. O 8$^1/_2$ rano, chory przyjął 250 ctm. mleka, o 9$^1/_2$ żołądek prawie pusty.

25. HCl 0,0226%, og. kw. 36, pept. są, moczu 4000 do 5000. Obrzęki zmniejszyły się. Niema już objawów dyspep. Próba Ewalda.

28. W. HCl jest, og. kw. 28, pept. słabo, mlecz. ślady. Obrzęki b. mał. Ewald.

6. W. HCl jest, pept. są, mleczny ślady. Obrzęków prawie niema. Białko w urynie, moczu 3000—4000. Po próbnem śniadaniu Ewalda wydobywano b. mało.

Uwaga. Dane przypadki 7, 8, 9, 10, 11 powinny być porównywane z cyframi kontrolującemi dla zwykłego próbnego śniadania.

Dla objaśnienia obserwowanych zaburzeń trawienia żołądkowego w zapaleniu nerek trzeba wziąć pod uwagę różne momenty. W każdym okresie choroby występuje na pierwszy plan jeden z działających czynników, chociaż przytem nie można wyłączać i udziału innych. O ile przedstawione zaburzenia trawienia żołądkowego w *nehpritis* polegają na anatomicznéj podstawie, należy inaczéj odpowiedzieć w każdym oddzielnym przypadku. Że przy zapaleniu nerek anatomiczne zmiany w żołądku mają istnieć, są na to fakta i można to przypuścić *a priori*. Rzeczywiście znaczne anomalije krwi i stąd nieprawidłowe odżywienie tkanek powinno tak samo wywołać zmiany anatomiczne w żołądku, jak to się zdarza z innemi organami. Jak prędko zjawiają się one, jak silnie bywa uszkodzonym nabłonek gruczołowy żołądka nawet w ostrych przypadkach lub w świeżych okresach przewlekłego zapalenia, trudno odpowiedzieć z powodu braku danych. I chociaż w ostrem zapaleniu nerek lub na początku przewlekłego nie możemy odrzucać istnienia zmian anatomicznych w żołądku, jednak prawdopodobnie czynnik ten nie odgrywa najważniejszéj roli w zmianach sekrecyi żołądkowéj. Przeciwnie jednoczesne istnienie najsilniejszych jéj anomalij z oliguryją, zwiększenie zawartości kwasu solnego w żołądku, gdy tylko ilość moczu podnosi się, mówi samo przez się, że pomiędzy temi dwoma zjawiskami zachodzi związek, że ostatnie warunkuje pierwsze. Niedostateczna działalność nerkowa wywołuje nagromadzenie w organizmie produktów przemiany materyi i według wszelkiego prawdopodobieństwa osłabienie sekrecyi żołądkowéj podczas oliguryi i obrzęków zależy głównie od pognębiającego działania tych związków na czynność nabłonka gruczołowego w żołądku. Za dalszy dowód takiego poglądu może służyć fakt, że podczas uremii wywołanéj, jak wiadomo, nagromadzeniem produktów przemiany materyi w organizmie, czynność wydzielnicza żołądka jest więcéj osłabioną, niż w zwykłych przypadkach. Gdy tylko funkcyja nerek polepsza się i związki te wychodzą z organizmu, żołądek staje się wolniejszym od ich wpływów deprymujących; ilość kwasu solnego zwiększa się wtedy. Im cięższym jest przypadek, im większą jest oliguryja, im znaczniejszem jest przeto zatrzymanie produktów przemiany materyi, tem wyższem powinno być osłabienie czynności żołądka, jak tego dowodzą przypadki ciężkie w porównaniu z lekkiemi. Prawdopodobnie nie tylko żołądek znajduje się pod wpływami przygnębiającemi w okresie oliguryi. Niekiedy obserwowałem, że w stadyjum tem bardzo trudno wywołać u cierpiących na zapalenie nerek obfity pot; ale gdy tylko ilość moczu podnosi się, chorzy począ się znacznie łatwiéj i jednocześnie powiększa się zawartość kw. solnego w żołądku.

Obfite wydzielanie moczu nie dowodzi jeszcze, aby organizm zupełnie był wolny od nagromadzenia produktów przemiany materyi. Ilość ich może się tylko zmniejszyć, a nie obniżyć się do normalnéj zawartości. Rzeczywiście wiemy, że pomimo dużych ilości uryny i zniknięcia obrzęków może się zjawić mocznica, jako dowód działania produktów nienormalnych.

Zgodnie z tem obniżona czynność wydzielnicza żołądka u chorych przewlekłych w okresie względnego zdrowia, może być sprowadzoną po części do wpływów pognębiających. Ale im dłużej trwa *nephritis*, im większe są zmiany we krwi, im więcéj cierpi przez to odżywienie tkanek, tem więcéj mamy prawo przypuszczać, że osłabienie czynności wydzielniczéj żołądka polega na namacalnych zmianach anatomo-patologicznych w żołądku. Jakim sposobem powstają one, trudno bliżéj objaśnić. Fenwick [1]) przypuszcza, że błona śluzowa żołądka zdolną jest przepuszczać przez siebie pewne pierwiastki trujące i w ich liczbie mocznik, ale jako rezultat podrażnienia rozwija się ostry katar żołądka. Naturalnie możebnem jest, że oprócz *gastritis* w ścisłem znaczeniu tego słowa rozwijają się w żołądku sprawy czysto degeneracyjne, np. tłuszczowe zwyrodnienie nabłonka gruczołowego, amyloid itd., jako skutki wadliwego odżywiania. Ale i w tym okresie oliguryja i przez to zatrzymanie produktów przemiany materyi może wywrzeć wpływ deprymujący i wzmocnić istniejące anomalije czynności wydzielniczéj żołądka.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Dalszą właściwością téj warstwy w łożyskach syfilitycznych jest bardzo mała ilość naczyń krwionośnych, a i te jeszcze są na drodze zaniku. Na wewnętrznéj powierzchni ścian tych naczyń spotykamy liczne grubsze i cieńsze włókienka barwy hemoglobiny lub bezbarwne (w zewnętrznych warstwach) najwidoczniéj powstałe z ciałek czerwonych. Włókna te mają często przebieg falisty, krzyżują się pod różnemi kątami, tworząc często oczka identyczne co do wymiarów z ciałkami czerwonemi. Wśród tych włókienek rozprószone są w różnej liczbie jądra leukocytów.

Nawiasowo wspomnimy, że wszędzie gdzie mieliśmy sposobność badania t. zw. *endovasculitis obliterans* (eksperymentalnej ligatury nie wyłączając), wszędzie histogeneza tego procesu okazała nam się tą samą, mianowicie taką, jak to co właśnie powyżéj wspomnieliśmy. Intima naczyń zachowuje się przy tym procesie zupełnie biernie, śródbłonki nie odgrywają przytem żadnéj roli. Wyłącznym materyjałem dla nowowytwarzającéj się tkanki na błonie wewnętrznéj są ciałka czerwone i leukocyty z nich powstałe.

Te to powyżéj przedstawione właściwości histologiczne w istocie zbitéj łożyska ze znamionami kiłowemi, własności, które muszą znacznie utrudniać lub nawet miejscami przerywać zupełnie krążenie, są przyczyną rozległéj zakrzepicy w przestworach międzykosmkowych. Przestwory te szczególnie nadają się do badań skrzepów. Pochodzenie wszystkich odmian włóknika (jednolitego, ziarnistego, o grubych i delikatnych włóknach) z ciałek czerwonych daje się tu z łatwością udowodnić. O przyczynach, dlaczego pewne włókna téj siatki, względnie masy jednostajne lub ziarniste, barwią się podobnie jak istota chromatyczna jąder, będziemy mówili w dalszym ciągu naszéj pracy.

b) Łożysko świnki morskiéj.

Szczegóły, dotyczące histologii i embryjologii łożyska świnki morskiéj, mogłyby stanowić przedmiot obszernéj monografii. Nie oddalimy się jednak od celu naszéj pracy i dlatego zwrócimy głównie uwagę tylko na te objawy, które

[1]) Virchows Archiv, Bd. CXVII. *Ueber den Zusammenhang einiger krankhaften Zustände des Magens mit anderen Organerkrankungen.*

mogą rzucić pewne światło na sprawę nowotwórczą, fizyjologiczną i zapalną.

Przedewszystkiem nadmienić musimy, że rezultat naszych badań jest w zasadzie zgodnym z wynikami, jakie otrzymaliśmy przy łożysku ludzkiem. I tu również łatwo daje się wykazać geneza wielkich komórek z ciałek czerwonych i leukocytów, podobnie jak pochodzenie istoty międzykomórkowéj także z ciałek czerwonych. Komórki, które tu odpowiadają owym wielkim komórkom łożyska ludzkiego, nie dochodzą tu do tych kolosalnych rozmiarów, natomiast ich jądra są niekiedy jeszcze większe. Te ostatnie przedstawiają liczne odmiany co do ilości i rozpołożenia istoty chromatycznéj. W warstwie powierzchownéj znajdujemy zwykle jądra bardzo wielkich rozmiarów. Chromatyna w nich przedstawia się w postaci nieregularnych ziarn i krótkich, a dosyć grubych nitek, jakby płytek z boku widzianych, nieraz nadzwyczaj gęsto ułożonych. W innych razach mimo kolosalnych rozmiarów jądra, widzimy tylko jedno lub dwa małe błyszczące jąderka okrągłe lub płytkowate, zabarwione safraniną, podczas gdy osłonka jądra jako też najmniejsze ziarenka zabarwiły się gencyjaną (przy następowem barwieniu takową). W ogóle w pewnych jądrach przeważa chromatyna barwiąca się safraniną, w innych ziarna, w których safraninę zastąpiła gencyjana. Co do genezy tych kolosalnych jąder, pouczają nas głębsze warstwy téj istoty zbitéj, która u zwierząt tych jest znacznie grubszą niż w łożysku ludzkiem. Wśród masy szarobrunatnawéj, najwidoczniéj z ciałek czerwonych powstałéj, widzimy twory okrągławe lub owalne od masy téj często odosobnione, jednostajne lub bardzo drobnoziarniste. W tych to tworach widzimy nieraz mnóstwo jąder w różnym stopniu barwiących się safraniną, nieco mniejszych od zwyczajnych ciałek czerwonych. Jądra te mają tę właściwość, że okazują jeden lub więcéj punkcików czarnych, które przy pewnem ustawieniu soczewki przedstawiają się jako jasnoczerwone koła z ciemną obwódką. Mamy jednem słowem komórki olbrzymie o niezwykle małych jądrach. Że jądra te powstać musiały z ciałek czerwonych, świadczy o tem już ta okoliczność, że do tworów tych naśladujących komórki olbrzymie żadne komórki zawierające chromatynę nie mogły immigrować, bo twory te leżą w istocie bez żadnych jąder, widocznie nekrobijotycznéj.

Gdy porównamy jądra tych nibyto olbrzymich komórek z ciałkami czerwonemi w niektórych wielkich zatokach krwionośnych, przekonamy się łatwo, że w jednym i drugim razie mamy przed sobą składniki identyczne. Jądra w takich komórkach olbrzymich pod względem rozłożenia swego przypominają w zupełności zwyczajne komórki olbrzymie. Raz nie widzimy przed sobą prawie nic jak same jądra, drugi raz spotykamy je tylko w pewnéj mniejszéj lub większéj części pierwoszcza, jużto na obwodzie, na jednym lub dwu biegunach, jużto w częściach środkowych.

Zamiast komórek olbrzymich o małych jądrach widzimy czasem tylko niekształtne masy jednostajne, barwy szarozielonawéj, w których zamiast jąder znajdują się wielkie, nieregularne bryłki i grudki istoty chromatycznéj najwidoczniéj powstałe przez zlanie się ziarn chromatycznych z ciałek czerwonych.

Jak widzieliśmy w łożysku ludzkiem i jak zresztą i tutaj przekonać się możemy, wielkie komórki w istocie zbitéj powstawały tym sposobem, że ciałka czerwone ugrupowane naokoło ciałka białego zlały się w pierwoszcze, a jądro ciałka białego przez dalszy rozrost stało się jądrem wielkiéj komórki. Widzieliśmy daléj w łożysku syfilitycznem, w głębszych warstwach istoty zbitéj, jak zamiast téj fizyjologicznéj przemiany w pierwoszcze, większość ciałek czerwonych dała początek leukocytom. W komórkach olbrzymich tutaj widzimy coś analogicznego. Jestto nadmierne wytwarzanie istoty chromatycznéj z ciałek czerwonych w tych miejscach, gdzie one miały wpłynąć w pierwoszcze, a tylko z pewnych ułożonych w środku miała powstać istota chromatyczna, tworząca jądro przyszłéj wielkiéj komórki.

W obec udowodnionego, jak sądzimy, pochodzenia istoty chromatycznéj jąder w komórkach olbrzymich z ciałek czerwonych, łatwiéj możemy pojąć te twory oraz sposób rozłożenia ich jąder, niż to możemy za pomocą teoryi Weigerta o częściowéj nekrozie komórki olbrzymiéj, która zresztą nie jest komórką, ale konglomeratem komórek.

W krwi naczyń krwionośnych o ciałkach czerwonych niezmienionych spotykamy często leukocyty o olbrzymich jądrach różnie obfitych w istotę chromatyczną. Ma to miejsce w tych zwłaszcza razach, gdzie takie naczynie, a raczéj zatoka krwionośna ograniczona jest nie własną ścianą, lecz wielkiemi komórkami. Objawy na granicy tych naczyń i komórek są identyczne z temi, jakie opisaliśmy w łożysku ludzkiem. Leukocyty nowopowstałe z ciałek czerwonych stają się zawiązkiem jądra wielkich komórek, podczas gdy inne ciałka czerwone przechodzą w istotę międzykomórkową i pierwoszcze.

Zastrzegając sobie na późniéj wnioski, do jakich nas upoważniają powyższe poszukiwania nad budową łożyska ludzkiego i świnek morskich, zastanówmy się nad pytaniem, jaka część błony śluzowéj macicy może dać pierwszy początek tym różnym składnikom łożyska. Pod tym względem niema dotąd zgody pomiędzy autorami. Z naszego przedstawienia budowy mikroskopowéj tak zwanéj istoty zbitej wynika na pewno, że nie jest ona rezultatem bujania warstwy przybłonkowéj błony śluzowéj macicznéj, ani proliferacyi śródbłonków naczyń lub komórek stałych międzygruczołowych lub wreszcie samych komórek gruczołowych. Widzieliśmy, że wszystkie składniki téj części łożyska dały się histogenetycznie wyprowadzić z prawidłowych składników krwi ciałek czerwonych i białych. Przypuścić zatem z konieczności musimy, że są to naczynia krwionośne błony śluzowéj nadmiernie porozpraszane, dające początek téj nowéj tkance przez szczególną przemianę swéj treści. Pozostawić musimy przyszłym badaniom szczegóły, dotyczące téj nadmiernéj dylatacyi naczyń błony śluzowéj i warunków krążenia w tych naczyniach, które to warunki muszą być bardzo skomplikowane, jeżeli pod ich wpływem wytwarzają się z jednakich składników twory tak różne jak składniki łożyska. W istocie zbitéj łożysk świnek morskich widzieliśmy, zwłaszcza w głębokich jéj warstwach, że cała ta część powstała z krwi. W masie gruboziarnistéj, obfitującéj w komórki olbrzymie o małych jądrach, łatwo można było wykryć ciałka czerwone lub ich miazgę. Dla braku należytego krążenia z ciałek czerwonych powstały tu tylko masy ziarniste. W miejscach gdzie powstały komórki olbrzymie o małych jądrach, krążenie ustało najpóźniéj, a same komórki przedstawiają tylko grupy ciałek czerwonych, w których częściowo przyszło do wytwarzania istoty chromatycznéj i to w sposób nieprawidłowy. Cała ta część łożyska musiała się przedstawiać w pewnym okresie jak jedna wielka zatoka krwionośna, w któréj pewne kompleksy ciałek czerwonych wskutek trudnych do określenia bliżéj warunków krążenia (częściowéj stazy w wielkiem łożysku krwionośnem (*lac sanguin.*) pozostały w spoczynku i dały początek owéj masie ziarnistéj i bryłkowatéj, inne zaś grupy ciałek czerwonych przestały krążyć późniéj, znalazły się już jednak wśród innych warunków odżywczych, bo otoczone zostały zamiast prawidłową ścianą naczynia, masami ciałek czerwonych zlanych w masę ziarnistą. Widząc, jak różnym składnikom mogą wśród pewnych okoliczności dać początek ciałka czerwone, skłonni jesteśmy do przypuszczenia, że wszędzie stanowią one materyjał, z którego budują się wszelkie komórki i istoty międzykomórkowe, a więc i komórki bardziéj skomplikowane niż tkanki łącznéj i istota międzykomórkowa w tejże tkance.

Na tem kończymy uwagi nad budową łożyska i to jednéj tylko jego części, mianowicie t. zw. *substantia compacta* łożyska macicznego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

Hydroterapija, napisał Dr. St. Smoleński, Doc. Uniw. Jagiell. Wydanie drugie powiększone. Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. — Kraków 1889. — 8°, 234 str.

Ze śmiercią autora niniejszego dzieła nauka ciężką poniosła stratę. Ta jedynie pozostała nam pociecha, że liczne owoce pracy jego pozostały, do których „Hydroterapija" w pierwszym rzędzie się zalicza. Wydana w 1884 po raz pierwszy w bardzo krótkim stosunkowo czasie po zupełnem jej wyczerpaniu doczekała się wydania drugiego. Dzieło to przez samego autora jeszcze powiększone, podzielone jest na część ogólną i szczegółową. Pierwsza obejmuje fizyjologiję hydroterapii, druga metodykę i zastosowanie. Część fizyjologiczna poprzedzona opisem rozwoju wodolecznictwa — opracowana jest bardzo sumiennie na podstawie wyników i zdobyczy badań fizyjologicznych. Autor zebrał z całą skrzętnością najlepszy materyjał do budowy naukowéj podstawy hydroterapii; wyjaśnia działanie podniet termicznych na układ nerwowy, mięśniowy, naczynioruchowy, na czynność serca, parcie krwi i czynności wydzielnicze, mówi o wpływie różnéj ciepłoty na wyrób i utratę ciepła ogólną i miejscową i dotyka kilku słowami znaczenia podniet mechanicznych w hydroterapii. Ostatni ustęp zasługiwał na nieco dokładniejsze omówienie, bo bodźce mechaniczne na równi z ciepłotą wody uwzględniać w pojedyńczych przypadkach musimy. Autor zwraca wprawdzie tu i owdzie uwagę na ważność czynników mechanicznych, lecz są to uwagi luźne tylko i rozrzucone. W części szczegółowéj znajdujemy tłómaczenie działania zabiegów wodoleczniczych i wskazania ich w poszczególnych chorobach. W części téj mamy bardzo jasny i obszerny pogląd na stosowanie hydroterapii, nie zapuszcza się zbytnio w szczegóły, bo jest słusznego zresztą zdania, że hydroterapii praktycznie tylko nauczyć się można. Szkoda jednak, że nie wplótł tu i owdzie kilka wyrazistych przykładów, bo byłby tem uczynił rzecz, zwłaszcza dla początkujących, więcej jasną i zrozumiałą. Ze względu na stosowanie hydroterapii stoi autor widocznie w pośrodku między szkołą francuską a niemiecką biorąc z jednej i drugiej, co jego własne doświadczenie za dobre uważać mu kazało. Język nadzwyczaj czysty, sposób wyrażania się zwięzły i jędrny charakteryzują autora. Przy dzisiejszem codziennem niemal stosowaniu hydroterapii dzieło niniejsze zaspokoiło najistotniejszą potrzebę, jaka z wyczerpaniem pierwszego wydania czuć się już dawała i ani wątpić nie można, że w bardzo krótkim czasie przejdzie ono w całości w ręce uczących się i lekarzy praktycznych. Wydanie samo nadzwyczajną starannością w formie i druku przynosi chlubę wydawnictwu dzieł lekarskich polskich.

Dr. W. Momidłowski.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Virchow: O działaniu szczepianki Kocha na wewnętrzne narządy indywiduów gruźliczych.

Na posiedzeniu Tow. lek. berl. z dnia 7 b. m. wypowiedział Virchow na podstawie przeszło 27 sekcyj u osób gruźliczych w ciągu leczenia szczepianką Kocha zmarłych zdanie swe o sposobie działania tejże szczepianki na narządy wewnętrzne, z którego wynika, iż:

1) Tak, jak na częściach zewnętrznych, tak samo też i w wewnętrznych narządach powstają zaczerwienienie i obrzmienie, powstaje silna sprawa zapalna uwydatniająca się stale n. p. na brzegach istniejących owrzodzeń i w odnośnych gruczołach limfatycznych szczególnie gruczołach oskrzelowych i kreskowych. W obrębie chorobowych ognisk szczególnie w gruzełkach pojawia się często obfity naciek ciałkami białemi (we krwi ilość ciałek białych bywa większa, *leucocytosis*). Zmiany te przybrać mogą cechę nacieku ropnego, który jak n. p. około wrzodów krtani przypomina obraz w t. z. *Oedema glottidis erysipelatides* lub *Phlegmone retropharyngea*.

2) Iż zmiany te zapalne, jakkolwiek może nie w każdym przypadku, na równi postawić należy ze zmianami zapalnemi, jakie po injekcyi w częściach zewnętrznych się rozwijają, a które to zmiany stósownie do przyrody indywidualnéj chorego, jakoteż właściwości przypadku chorobowego dosięgają niższego lub wyższego stopnia.

3) Iż w płucu pojawiają się stany zapalne, które jakkolwiek znane są u osób gruźliczych, przedstawiają pewne odrębne właściwości. Zapalenie wikłające się po injekcyjach nie przedstawia cech typowego zapalenia płuc włóknikowego. Zapalenie nieżytowe po injekcyi wytwarzające się przedstawia cechy nacieku cieczą mętną, wodnistą, przypominającego niekiedy poniekąd naciek ropny. Gdzieniegdzie naciek ów jest gęstszy, zbliżający się do nacieku serowatego, nie posiada on jednakże charakteru typowego suchego nacieku serowatego tak, iż łatwo jeden od drugiego odróżnić można po miękkości, wilgotności i wiotkości. Nadto zdarza się, iż naciek ten rozmięka, miąższ szybko się rozpada i tworzy się rodzaj jam.

4) Iż pojawiają się zapalenia opłucny zwykłe, gruźlicze, często krwotokowe, nie rzadko obustronne, jakoteż nacieki krwawe w ścianach jam płucnych

5) Iż powstać mogą nacieki serowate (*hepatisatio caseosa*), jak to między innemi w jednym przypadku Virchow w klasycznéj formie widział. U mężczyzny 33-letniego, u którego tylko zagęszczenie jednego szczytu istniało, powstały po 6 injekcyjach w obu płatach dolnych liczne ogniska serowate tak gęste, iż prawie wolnego miąższu płucnego nie było i płuco, jak się Virchow wyraża, wyglądało jak kiszka krwawa gęsta słoniną szpikowana.

6) Iż w ciągu leczenia szczepianką powstać mogą przerzuty gruźlicze w postaci gruzełków (*tub. submiliaria*) w opłucnéj, osierdzia, otrzewnéj, jakoteż rozprzestrzenianiu się gruzełków około pierwotnego ogniska.

Tak powstawanie owych pod 5) przytoczonych nacieków serowatych w płatach dolnych, jakoteż przerzutów gruźliczych, tłomaczy Virchow jako następstwa uruchomienia kolonii prątkowych w ogniskach rozmiękłych pod wpływem szczepianki i dostawanie się tychże drogą wdechową do płatów dolnych lub naczyniową w miejsca odległe.

7) Iż wpływ bezpośredni szczepianki na gruzełki, zmian w tychże, nie zawsze można wykazać. Gruzełki przybierają niekiedy niezwykłe, zamglone, żółtawe wejrzenie, a mikroskopowo rozpad tychże stwierdzić można, ale nie wszystkich, szczególnie na owych przerzutach na błonach surowiczych w ciągu stosowania szczepianki powstałych żadnych zmian dostrzedz nie było można nawet w przypadkach, w których szczepianka jeszcze dzień przed śmiercią stosowaną była.

Na ogniskach serowatych większych, jak na tak zw. *tubercula solitaria* w mózgu objawów wpływu szczepianki wykazać Virchow nie mógł.

8) Iż właśnie w stosunku do krótkiego czasu, odkąd szczepiankę się stosuje, dziś liczne przypadki wrzodów krtani i jelita okazywały niezwykły, bardzo szybki rozpad, szerzenie się, a wrzody jelita przebijały na zewnątrz. Wreszcie zwraca Virchow uwagę, iż u osób z gruźlicą płuc, którzy nie mają sił lub zwyczaju produkta gruźlicze rozmiękłe całkowicie wykaszlać i wypluwać, u których zawleczenie tych rozmiękłych produktów w inne części płuca jest możebne, postępować należy ze szczepianką nader ostrożnie. (*Berl. kl. W.*, Nr. 2). *Dr. Browicz.*

Schwimmer w Budapeszcie stosował wstrzykiwania limfy w 8 przypadkach liszaja, 2 *lupus erythematosus*, 4 przypadkach kiły ogólnéj, 2 łuszczycy i 1 gruźlicy przyjądrza. W przypadkach liszaja po wystąpieniu pod wpływem injekcyj zmian powszechnie opisywanych, mógł Schwimmer zauważyć, że pod strupami wprawdzie niektóre guzki, które przedtem sterczały ponad powierzchnią, zanikły, natomiast drobne guzki liszajowe w *corium* usadowione pozostały niezmienione. S. odniósł wrażenie, jakoby rzeczywiście pod wpływem środka Kocha niektóre części tkanki przerosłe ule-

gały zanikowi, lecz głęboko położone, punktowate guzki liszaja nie zmieniają się wcale. Dopóki wszystkie części chorobą dotknięte nie ulegną zupełnie zanikowi, a na miejsce ich nie wytworzy się biała blizna, nie można mówić o wyleczeniu liszaja. Rzeczą przyszłości — przynajmniéj kilku miesięcy — jest wykazać, czy i głębokie nacieki liszaja pod wpływem leczenia środkiem Kocha usunąć będzie można. W każdym razie można za pomocą wstrzykiwań limfy wyszukać gniazda liszajowe ukryte i w ten sposób ułatwić sobie leczenie dotychczasowe t. j. zewnętrzne. Uwagi godną jest wszakże okoliczność, że owe drobne głęboko osadzone guzki na nowe injekcyje nie odpowiadają już miejscową reakcyją.

W przypadkach *lupus erythematosus*, *psoriasis* i *syphilis univers.* wystąpiła wprawdzie mniéj lub więcéj wybitna reakcyja ogólna C. 38—39·5°, jednakże bez śladu reakcyi miejscowéj. Wreszcie w przypadku *epididymitis tuberculosa* wystąpił zaraz po pierwszéj injekcyi obok objawów ogólnych obrzęk prawego jądra, po pewnym czasie chełbotanie w okolicy przyjądrza, poczem otworzono ropień, w którego treści można było wykazać skąpą ilość prątków gruźliczych. (*Deut. med. Wochenschr.*, Nr. 1, 1891).

Leczenie chirurgiczne jam gruźliczych płuca, skombinowane wstrzykiwaniami środka Kocha stosuje Sonnenburg w Berlinie. Do otwierania jam szczytowych, a takie najlepiéj nadają się do operacyi, najdogodniejszy dostęp daje pierwszy przestwór międzyżebrowy. Na szerokość palca poniżéj obojczyka wykonywa S. cięcie skórne równoległe do obojczyka, poczynające się od rękojeści mostka. Pomijam bliższy opis dalszego przebiegu operacyi, który czytelnik znajdzie dokładnie podany w Nrze 1. *Deut. med. Wochenschrift.* Drogę do saméj jamy toruje sobie autor termokauterem, za pomocą którego wypala otwór w opłucny i tkance płucnéj otaczającéj jamę, o któréj istnieniu poprzednio przekonał się za pomocą cienkiego troakaru. Wszelkie manipulacyje w samem płucu okazały się niebolesnemi i tylko drażnienie jakiekolwiek opłucny odczuwa chory jako silny ból. Dalsze leczenie miejscowe odbywało się w ten sposób, że wypełniał jamę i ranę gazą jodoformową i dawał na to opatrunek z waty i gazy sterylizowanéj. Zmiany ogólne i miejscowe po operacyi z wyjątkiem jednego ciężkiego przypadka były bardzo nieznaczne; w pierwszéj nocy pojawiał się silniejszy kaszel, który łatwo ustępował, ciepłota nieco się podnosiła, ale prędko wracała do normy ogólnych lub miejscowych powikłań, S. nie obserwował, objawy wypukowe pozostawały niezmienione. Gdy tylko ciepłota u chorych powróciła była po operacyi do stanu prawidłowego, rozpoczęto wstrzykiwaniami limfy, z porady samego Kocha, który przy wszystkich tych operacyjach bywał obecnym w dawkach bardzo małych. Chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze, reakcyja z początku była nieznaczna (38°). Obecnie dawkę podnosi się do 0·01 i wyżéj. Pomimo krótkiego czasu obserwacyi można już zauważyć korzystny wpływ środka Kocha na ściany jam.

Schultze (Bonn) uważa środek Kocha jako doskonały odczynnik na gruźlicę, gdyż reakcyja występowała u wszystkich chorych gruźliczych. Chorzy z gruźlicą przewlekłą oddziaływali powoli i nieznaczniéj, chorzy dotknięci gruźlicą początkową o wiele silniéj. Po dłuższem zaniechaniu injekcyj występowała ogólna i miejscowa reakcyja często znacznie silniéj, niż poprzednio przy téj saméj dawce. Kaszel w wielu przypadkach zwiększał się, plwociny również, potem się zmniejszały. Ilości prątków w plwocinach S. nie przypisuje znaczenia. Zmian widocznych w prątkach nie spostrzegał. Co do skutków leczenia w gruźlicy płuc, nie można wobec krótkiego trwania obserwacyj sądu wydać; u dwóch chorych polepszenie było bardzo uderzające. W przypadku gruźlicy opłucny, nie zauważono żadnych zmian po wstrzykiwaniach limfy; dopiero po wypuszczeniu ekssudatu gorączka ustała. Wobec gruźlicy jelit polepszenia ani pogorszenia pod wpływem środka Kocha nie zauważono. (*Deut. med. Woch.*, Nr. 1).

Hahn stosował szczepiankę Kocha w szpitalu Friedrichshain w Berlinie u 59 chorych, dotkniętych gruźlicą kości, stawów, gruczołów limfatycznych, skóry. W bardzo wielu przypadkach znalazł Hahn znaczne polepszenie i spodziewa się, że w limfie Kocha znaleziono środek, za pomocą którego w chirurgicznych przypadkach gruźlicy lepsze będzie można osiągnąć rezultaty niż dotąd. H. podaje, że działanie środka Kocha jest korzystniejsze wobec gruźlicy kości lub stawów, która wywołała przetoki, lub gdzie wykonano operacyję, niż w przypadkach, w których jeszcze nie przyszło do przebicia lub nie wkroczono czynnie (*Tamże*).

Leichtenstern opisując dokładnie przebieg reakcyi, odróżnia kilka typów: *Typus decrescens*, to jest ciągłe zmniejszanie się objawów reakcyi, *Typus continuus*, który przechodzi z czasem w *decrescens*, *typus accrescens*, spóźniona reakcyja itd. Co do rozpoznawczéj wartości wstrzykiwań, twierdzi L., że tylko dodatni wynik wstrzykiwań małych i średnich dawek (do 10 mgrm.), przemawia za gruźlicą, podczas gdy ujemny wynik gruźlicy nie wyklucza. Zmiany w plwocinach i objawach fizykalnych obserwował autor zgodne z podanemi przez innych. Z pomiędzy chorych dotkniętych gruźlicą krtani wielu doznało znacznego polepszenia w objawach podmiotowych i przedmiotowych. Ciężar ciała u kilku chorych pomimo silnéj reakcyi wzrastał już w pierwszym tygodniu. W ciągu kuracyi 2 do 4 tygodni trwającéj znacznie większa liczba chorych zyskała na wadze, niektórzy koło 8—10 funtów (*Tamże*).

Schmid w Szczecinie stosował limfę Kocha w 60 przypadkach gruźlicy różnych narządów. Wyniki pomyślne. Objawy reakcyi ogólnéj i miejscowéj nie są inne niż te, które inni autorowie spostrzegali. (*Tamże*). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Patologija.

Prof. Browicz: **Ruch ciałek czerwonych w przebiegu ciężkich stanów niedokrewności.**

Na jednem z posiedzeń ostatniego Zjazdu internistów w Wiedniu demonstrował autor ruch ciałek czerwonych krwi, który obserwował w jednym przypadku ciężkiéj niedokrewności postępującéj, w dwóch przypadkach raka i w jednym, w którym przyczyna niedokrewności była niejasną. Ruch ten, który występuje w krwi świeżéj i da się długi czas w niéj obserwować, uważa B. nie jako następstwo czynnego kurczenia się ciałek, lecz jako wynik z nieznanych przyczyn zmienionych stosunków przyczepności między ciałkami czerwonemi a surowicą. Tłomaczenie to uzasadnia autor dwoma faktami: ruch ciałek czerwonych występuje długi czas w ciepłocie pokojowéj, podczas gdy ciałka białe zostają nieruchome; po nagłem ogrzaniu krwi, ruch ten się utrzymuje przez kilka dni, jeżeli preparat uchroni się od wyschnięcia i warstwa krwi nie jest zbyt cienką (osobna odbitka z *Rozpraw Zjazdu internistów*).

W ostatnich czasach Browicz zauważył powyżéj opisane zjawisko poruszania się ciałek czerwonych jeszcze w dwóch przypadkach: we krwi osoby dotkniętéj niedokrewnością ciężką postępującą i u drugiéj, u któréj obok wady serca i obrzęku wątroby i śledziony znachodziły się objawy ciężkiéj niedokrewności; ruch ten utrzymywał się nawet przez 8—10 dni. W przypadku pierwszym obecnie (po kilku miesiącach), gdy nastąpiło znaczne polepszenie, okazują i ciałka czerwone krwi postać prawidłową, zachowują się jak ciałka krwi normalnéj i nie wykonywają wcale ruchów.

Ruchy ciałek czerwonych obserwował autor także — jak zresztą *a priori* przypuszczał — we krwi trupów (w przypadkach: śródbłoniaka otrzewny, raka macicy i charłactwa zimniczego). Okoliczność ta, jakoteż fakt, że i ciałka z krwi trupów po nagłem ogrzaniu okazują ruchy, tem bardziéj upewniają autora w twierdzeniu, że opisane ruchy zawisły od pewnych zmian chemicznych w przebiegu niektórych chorób we krwi występujących (osobne odbicie z *Centralbl. für d. med. Wiss.*, 1890, Nr. 34). *Dr. Beck.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 22-go paźdz. 1890.
Przewodniczący kol. Mars. — Obecnych członków 32.

1) Kol. Podgórski wygłosił odczyt: „o doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego“ i przedstawił chorego po takiéjże hernijorafii (rzecz ta była ogłoszona w „Przeglądzie Lekarskim“).

2) P. Starachowicz, jako gość, mówił: „O leczeniu miejscowem grużlicy krtani“ (rzecz ta ma być ogłoszoną w „Przeglądzie Lekarskim“.

W dyskusyi zabierali głos koll.: Ponikło, Zaręba, Surzycki, który interpelował, czy każdy przypadek badano bakteryjologicznie, czy uwzględniano dziedziczność i czy podawano równocześnie kreozot. W dalszéj dyskusyi przemawiał kol. Pieniążek i kol. Obaliński, który uważa za najodpowiedniejsze przy stwierdzeniu na pewne grużlicy krtani w nadających się do tego przypadkach postępowanie radykalne to jest wykonanie laryngofisury i dokładne usunięcie ognisk chorobowych. — Kol. Pieniążek przyznaje, iż ta droga daje daleko większą rękojmię dokładnego usunięcia cierpienia niż endolaryngealna. W końcu odpowiedział prelegent na poczynione interpelacyje. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dnia 5 listopada 1890 roku.
Przewodniczący kol. Mars. — Obecnych członków 32.

1) Kol. Obaliński skreśliwszy cechy choroby przez Alberta i Nicoladoniego według nielicznych i niezbyt ściśle obserwowanych przypadków opisanéj pod tyt.: *Ischias scoliotica*, przedstawia chorego okazującego to cierpienie. W danym przypadku jest wygięcie boczne kręgosłupa zwrócone wypukłością w części lędźwiowéj ku choréj stronie lewéj, a w częściach górnych jest tylko skolijoza kompensacyjna. Skośne ustawienie górnéj części tułowia do dolnéj i charakterystyczne ustawienie głowy i kończyn dolnych jest wyraźnie widoczne, jakkolwiek już przy kąpielach, miesieniu, układaniu chorego i elektryzowaniu, nastąpiła poprawa.

W dyskusyi kol. Korczyński przechodzi krytycznie przypadki w literaturze ogłoszone (Albert, Nicoladoni, Babiński, Schüdel, Jasiński, Gussenbauer) i przychodzi do wniosku, że zboczenie to okazywać się może w rozmaitych postaciach i polegać na rozmaitych podstawach etyjologicznych. Według Babińskiego nie Gussenbauer tylko Charcot miał pierwszy zwrócić uwagę na tę chorobę. Skrzywienie bywa albo ustalone, albo też da się wyrównać, a to ostatnie zdaje się być częstszem. Może zajmować cały stos pacierzowy, jak w przypadku prelegenta, albo też tylko część lędźwiową i wtedy rozwija się następowe skrzywienie kompenzacyjne w części grzbietowéj ku stronie przeciwnéj. Najczęściéj wytwarza się skrzywienie zwrócone wypukłością ku stronie zdrowéj z pochyleniem tułowia ku stronie choréj, niekiedy jednak rzecz ma się przeciwnie. Przyczyną krzywienia się stosu pacierzowego jest najczęściéj ból w zakresie gałązek czulnych, wychodzących ze splotu kulszowego i przechodzących przez mięśnie lędźwiowe, niekiedy zapewne może nią być sprawa zapalna w *neuritis ischiadica* cały splot kulszowy zajmująca, która niekiedy pełzą ku ogonom rdzeniowym. Nie można więc wykluczyć, by skrzywienie stosu pacierzowego nie mogło w niektórych przypadkach polegać na zmianach śródkręgowych, jak to podaje Nicoladoni, jak niemniéj przypuszczać można, że w pewnych przypadkach jest ono następstwem nawykowego stania na nodze zdrowéj.

Przy téj sposobności opowiada kol. Korczyński własne przypadki, a wreszcie demonstruje ze swéj kliniki jeden przypadek *ischias*, a drugi *neuritis ischiadica*, gdzie obok skrzywienia bocznego istnieje wygięcie ku tyłowi (*kyphosis*) części lędźwiowéj z następowem wygięciem ku przodowi (*lordosis*) części grzbietowéj stosu pacierzowego, nadmieniając, że w niektórych przypadkach wytwarza się w przebiegu nerwobólu lub zapalenia nerwu kulszowego nawet skręcenie stosu pacierzowego około swéj osi pionowéj i to ku stronie choréj. W każdym razie sprawa ta nie jest jeszcze całkiem jasna i wymagałaby dalszych a licznych obserwacyj.

Następnie kol. Idziński sądzi, że w przypadkach t. z. *ischias scoliotica*, należy się zastanowić, które cierpienie jest pierwotnem. Czy rwa kulszowa wywołała skrzywienie lub czy jakaś choroba kręgosłupa sprowadziła rwę. Pomocnem tu będzie uśpienie chloroformowe, przez które zmiany w kręgosłupie wywołane bolem pochodzącym z rwy, powinny się dać usunąć, a zmiany pierwotne kręgosłupa nie powinny się zmieniać. Przytac a nadto zdanie Schüdela, ucznia Kochera, tłumaczące powstanie t. z. *ischias scoliotica* podrażnieniem *m. erectoris trunci*, bądźto z przyczyn w samym mięśniu tkwiących, bądźto na drodze nerwowéj, Prof. Obaliński odpowiada, że w zawieszeniu skolijoza tu się nie prostuje, ale w narkozie z pewnością się wyrówna, jako wywołana przez odruchowe, bólem sprowadzone napięcie mięśni.

W dalszéj dyskusyi zabierali głos koll.: Filipkiewicz, Korczyński, Obaliński, Idziński.

2) Z powodu wyjazdu koll. Buzdygana i Hempla, którzy dla tego wykładów swych nie mieli, wygłosił prof. Obaliński zapowiedziany wykład z zakresu chirurgii nerek (rzecz ta ogłoszona w „Przeglądzie Lek.“). Dyskusyję z powodu spóźnionéj pory odłożono. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Wypada mi teraz omówić sam stopień wartości przepisów policyi sanitarnéj, w ich praktycznym zastosowaniu w lazarecie Kameranu. Przybywający tu pielgrzymi, są to mahometanie z Indyj, Jawy i Malakki, pomięszani z Persami i Arabami z Zanzybaru, wszyscy prawie w stanie nędzy i wstrętnego niechlujstwa. Często wpośród nich znajduje się dość znaczna liczba chorych, dotkniętych cierpieniami zakażnemi, mianowicie ospą. Ci podług najnowszego rozporządzenia rady zdrowia międzynarodowéj natychmiast po wylądowaniu są umieszczani w lazarecie i nie są zeń wypuszczani dopiero po zupełnem wyleczeniu. Całą zaś masę innych poddaje się odwietrzeniu, które stanowi jedno z głównych zadań urzędu zdrowia w Kameranie, lecz z braku odpowiednich przyrządów jest wykonywane w sposób bardzo niedokładny! Niepodobna bowiem przyznać żadnéj wartości nakadzaniu pielgrzymów dymami palącéj się siarki, praktykowanemu w szopach zbudowanych z trzciny i okrytych rogóżkami, posiadających liczne szpary, przez które dymy z całą łatwością uchodzą na zewnątrz.

Tak praktykowana desynfekcyja pielgrzymów zatrzymanych w Kameranie, rozmijając się z podstawową jéj zasadą, tylko wtedy okaże się korzystną, gdy ten tak ważny posterunek sanitarny zostanie zaopatrzony w przyrządy do odwietrzania parą wodną przynajmniéj rzeczy należących do podróżnych. Wprawdzie już w roku przeszłym zarząd służby zdrowia zajmował się wypracowaniem przepisów określających sposoby desynfekcyj w lazarecie Kameranu. Spodziewano się nawet, że już na ten rok urząd tameczny zostanie zaopatrzony w cały materyjał do tego potrzebny. Regulamin też w istocie został przygotowany i wydrukowany! Tylko w praktyce desynfekcyi żadna nie nastąpiła zmiana, z wyjątkiem chyba powiększenia ilości środków chemicznych, jakie zostały uznane za najodpowiedniejsze do odwietrzania odzieży, bielizny i t. p.

Dawno już wyrażone ogólne życzenie, ażeby władze kompetentne w przystaniach Indyj angielskich zajęły się hygienicznem przygotowaniem pielgrzymów, udających się do świętych miejsc Islamu, przed władowaniem ich na okręta, jest niewykonalnem na teraz i prawdopodobnie długo jeszcze

pozostanie hygienicznem marzeniem tylko. Jakkolwiek jest i pomimo wielu braków w zastosowaniu ostrożności sanitarnych w Kamer. nie, niemniéj jednak mają one pewną swą wartość. Przedewszystkiem bowiem pielgrzymi w moc przepisów sanitarnych zatrzymywani w Kameranie, znajdują tu możność wypoczęcia w ciągu kilku dni, dostają dostateczną ilość wody, zaopatrują się w świeżą żywność, mogą się kąpać, obmyć i oczyścić, słowem złagodzić nieco nędzny stan, w jakim pozostawali w ciągu długiego pobytu na okrętach. Głównie zaś to przymusowe zatrzymywanie pielgrzymów pochodzących z dalekiego wschodu, pozwala przekonać się o ogólnych warunkach ich stanu zdrowia, a tem samem jest środkiem do powstrzymania przerzutu chorób zakaźnych daléj na północ. Kilkoletnie też doświadczenie przekonało nas, że środki ochronne praktykowane w Kameranie przyczyniły się w istocie do podtrzymania pomyślnego stanu zdrowia pośród pielgrzymów. W okresie bowiem czasu między 1883 do 1889 cholera nie ukazała się w Mecce i jéj okolicy.

Na nieszczęście jednak nie bywa tak zawsze a dowód tego mamy w tegorocznéj pielgrzymce mahometan. W dniu oto 2 lipca przybył do Kameranu parostatek angielski „Deccan“, pochodzący z Bombeyu z 1220 pielgrzymami. W czasie podróży zmarło na pokładzie 34 osób, w których liczbie 7 na cholerę podług deklaracyj komendanta i lekarza. Kilkunastu dotkniętych cholerą zostało wysadzonych na ląd do lazaretu w Kameranie. Z tych dwóch zmarło w dniu wylądowania, a trzynastu innych między 3—14 lipca. Środki ochronne zostały ściśle zastosowane, chorzy oddzieleni i zadowalniający stan zdrowia dał się utrzymać pośród innych podróżnych. Lecz zarodek choleryczny został tu wniesiony. Doszedłszy do okresu swéj dojrzałości zaraz też zaznaczył się przykładami nieszczęśliwych zejść. Dojrzewający zaś swoiście zczepiony z pielgrzymami, przez nich samych i już po odsiedzeniu kwarantany w Kameranie został przeniesiony do Dżeddy, a następnie i do Mekki, gdzie 28 lipca pierwsze przypadki zarazy zostały potwierdzone w dolinie Minah pośród żołnierzy z parostatku tureckiego stojącego w Dżedda. W parę dni późniéj liczba śmiertelnych zejść w saméj Mecce doszła do 230 przypadków w ciągu jednego dnia. Zaraza ustaliła się także w szpitalu i pod namiotami, znajdującemi się poza obrębem miasta. A podług najświeższych wiadomości, jakie nas doszły, liczba przypadków cholery powiększa się z dniem każdym. Oczywiście władze centralne pospieszyły przesłać rozkazy do przedsięwzięcia wszelkich możebnych środków w celu umiejscowienia zarazy i do zastosowania przepisów ochronnych. Powtórzono więc starą piosnkę, któréj echo chociaż i odbije się w świętych miastach Islamu, to jednak na miejscu zostanie stłumione najfatalniejszemi warunkami ogólnéj hygieny. Bo niepodobna nawet marzyć, ażeby środki, jakiemi rozporządza komisyja sanitarna w Mecce, mogły zmniejszyć zabójczy wpływ wyziewów, wydzielających się z resztek setek tysięcy owiec, zarzniętych w saméj dolinie Minah, gdzie się właśnie praktykuje ceremonija ofiarności muzułmańskiéj. Szczątki zwierzęce pod wpływem upałów podlegając bardzo szybkiemu rozkładowi gnilnemu zanieczyszczają jedyny tu kanał „el-Zobeid“ i tak już z bardzo niedostateczną ilością wody, którą można uważać za jedyną na całym świecie, najobficiéj zawierającą ilość istot zwierzęcych w stanie rozkładu. Jeżeli jednak zaopatrzenie tych miejscowości w znośną przynajmniéj wodę do picia jest możebnem, dzięki dość licznym źródłom w łańcuchu górskim „Taif“, to za to oczyszczenie warstw gruntowych pozostanie niewykonalnem dopóty, dopóki trwać będzie pielgrzymka mahometan do Mekki i okolic. Niepodobnem też jest i wykonanie rozporządzeń władzy, dążących do zbudowania licznych rzeźni, zakopywania takich ilości resztek pozostawionych z ofiarowanych zwierząt i praktykowania choćby najelementarniejszych przepisów czystości. Fanatyzm nie ustąpi przed wskazaniami hygijeny, nie tylko ze strony całych mas pielgrzymów, ale nawet i ze strony tych, co są powołani do czuwania nad zastósowaniem środków ochronnych. Łudzilibyśmy się bardzo, sądząc, że przesłany rozkaz do przedsięwzięcia wszystkiego ku ograniczeniu zarazy, da się choć w części przeprowadzić. Jakich bowiem należy użyć sił, do jakich uciec się środków, aby sfanatyzowaną masę, dochodzącą do trzechkroć sto tysięcy głów, zmusić do poddania się sanitarnemu rygorowi? Gdy bowiem szkopy porznięto i uroczystości skończono, całe gromady pielgrzymów, zaopatrzywszy się w flaszeczkę wody ze świętéj fontanny „Ziemzem“, pooszukiwani, obdarci i doprowadzeni przez duchownych opryszków do większego jeszcze stopnia nędzy, aniżeli w chwili ich tu przybycia, wymykają się ze świętych miast Islamu, z niedającym się wyrazić pospiechem, dążąc do Dżeddy lub Jambo, a ztąd na okręty, aby się co rychléj dostać do własnych siedzib i podzielić się wrażeniami widzianego i doświadczonego. Nikt tu niezrozumie, nikt też niezwróci uwagi na tę okoliczność, że stać się może pośrednikiem przeniesienia zarazy do innych okolic, każdy pospiesza nad wybrzeże morza; i tu zaledwie daje się ująć w sanitarne kleszcze. Zarządy też służby zdrowia tak turecki jak i egipski najzupełniéj przekonani, że poddawanie całych mas pielgrzymów obserwacyjom kwarantanowym w Mecce, Medynie, a choćby nawet usadowienie ich pod namiotami na świętéj dolinie Minah, jest materyjalnem niepodobieństwem, działając zaś z wyłącznego rozkazu Khalify-Sułtana, wydały nowe przepisy dotyczące sanitarnego traktowania powracających z Mekki pielgrzymów. Jestto szereg artykułów zredagowanych przez komisyję utworzoną w Carogrodzie przy ministerstwie spraw wewnętrznych, pod kierunkiem Munira-paszy i w któréj wzięcie udziału przypadło jeneralnemu inspektorowi służby zdrowia, dyrektorowi szkoły lekarskiéj i profesorowi higijeny i dwom lekarzom ze strony ministeryjum wojny. Członkowie téj tak ukonstytuowanéj komisyi, ożywieni nie wątpię najlepszą chęcią obmyślenia środków przeciwko tak widocznemu niebezpieczeństwu, w istocie przedstawili władzy nowy regulamin sanitarny odpowiadający położeniu zdrowotnemu, tak zachwianemu przez muzułmańskich pielgrzymów. Treść tych najświeższych przepisów ochrony zdrowia publicznego, lecz głównie mających na celu działanie przeciwko rozwleczeniu się cholery jest następująca: (C. d. n.)

Potrzeba kontroli sanitarnéj nad zakładami naukowemi.

Obecny system nauczania dzieci jest do wysokiego stopnia wadliwy, a szkody z niego wynikające dla młodzieży, dla społeczeństwa i dla państwa są tak wielkie, że wszyscy ojcowie powinni wziąść się za ręce i dopóty żądać zmiany systemu, dopóki to nie nastąpi, inaczéj dzieci nasze staną się nie tylko fizycznemi, lecz i umysłowemi kalekami. Wśród uczących się dzieci i młodzieńców nadzwyczaj często spotykamy nie tylko objawy silnego podrażnienia systemu nerwowego, zmęczenia umysłowego i apatyi, ale osłabienie pamięci, a czasem nawet pomięszanie zmysłów, prowadzące do samobójstwa, — objawu dawniéj niezanego zupełnie.

Źródłem tego szkodliwego wpływu szkoły na rozwój umysłowy uczniów jest jednoczesne działanie różnych czynników, a mianowicie: 1) programy szkół elementarnych i średnich są zbyt obszerne i mało odpowiadają wiekowi i siłom uczniów; 2) liczba godzin pracy umysłowéj jest stanowczo zbyt wielka, a dzieci są przeciążone pracami przygotowawczemi; 3) ci, co uczą mają bardzo słabe pojęcie o prawidłowem rozwijaniu władz umysłowych dziecka i o konieczności obchodzenia się z każdem z nich odpowiednio do jego zdolności.

Wymagania, które stawia życie każdéj oddzielnéj jednostce w ciągu ostatnich dziesiątków lat wzrosły w niesłychany sposób: człowiek z niewielkim zasobem wiadomości coraz bardziej się odsuwa na ostatni plan, wskutek więc tego rodzice, dyrektorowie szkół i sami uczniowie sądzą się obowiązanymi do nabijania nieszczęśliwych głów w jaknajkrótszym czasie najróżnorodniejszemi wiadomościami, nie dbając wcale o to, czy dziecko potrafi rzeczywiście przetrawić i asymilować wszystko co przełknie. Szkoły nasze zmieniają się w zakłady sztucznego tuczenia umysłów, postępując z mniejszą przezornością i oględnością, aniżeli gospodarze nasi wiej-

scy z tuczeniem zwierząt, do których przynajmniéj zastosowują najnowsze odkrycia nauki. Otóż higijena, a za nią wszyscy ojcowie domagają się zmniejszenia i skrócenia programów, a zatem liczby wykładanych przedmiotów i ilości godzin, szczególnie dla młodych uczniów, oraz zmniejszenia zadań domowych i zajęć przygotowawczych. Nie powinno być dozwolonem, aby czternastoletnie dziecko cały dzień przepędzało nad książką, żeby nie miało czasu na ruch na świeżem powietrzu, na gry lub na jakąkolwiek pracę fizyczną. W saméj szkole należy więcéj niż dotąd dbać o ćwiczenia fizyczne.

Najgwałtowniejszą szkodliwością, działającą na rozwój ducha jest jak nadmieniliśmy wyżéj przeciążenie umysłowe w młodszym wieku, kiedy rozwój fizyczny wszystkich organów nieodpowiada tym wysiłkom, jakich od nich żądają, a które tak jaskrawo występują w dzisiejszym kierunku życia szkolnego. Towarzystwo lekarzy angielskich wyznaczyło komisyję do zbadania stanu wysiłków umysłowych wśród dzieci szkół niższych. Komisyja zbadała w 14 szkołach 5344 uczących się i znalazła, że jeden na 20 przedstawiał objawy podrażnienia ośrodków nerwowych. Stosunek ten zwiększał się wraz z klasą wyższą, dochodząc do 1 na 10, a nawet do 1 na 7, tępość umysłową stwierdzono u 232, a oznaki anemii wskutek przeciążenia pracą umysłową u 131 (*The British med. Journal*). Są to cyfry rzeczywiście straszne!

Przed kilku dniami trzej ojcowie przyprowadzili do mnie dzieci swoje do zbadania pod względem lekarskim. Byli to chłopcy 12 i 13 lat bladzi, anemiczni, znękani i słabi fizycznie. Rodzice chwalili się, że wszyscy trzej są celującymi uczniami ze wszystkich przedmiotów, z wyjątkiem greki, która im się nie dawała, pomimo niezmiernych wysiłków i używania każdéj swobodnéj chwili na wyuczenie tego niepotrzebnego przedmiotu. Niewątpliwie, że filologiczna gimnastyka umysłowa rozwija dzieci lepiéj, aniżeli inne przedmioty, lecz nie widzę przyczyny, dla czego koniecznie ma to być język martwy, niepotrzebny w życiu, rodzaj volapüku, który zapomina się gruntownie w kilka dni po egzaminie. Czyż nie lepiejby było zastąpić go językiem żyjących ludów — francuskim lub angielskim, tak potrzebnem w życiu? Czyż to rzecz właściwa tracić czas na uczenie się rzeczy w całem znaczeniu niepotrzebnéj? Niestety w Austryi właśnie takie niepotrzebne przedmioty stanowią przedmioty obowiązkowe i niema sił ich obalić, niema ludzi, coby podjęli się podobnego zadania!

Sam układ książek, wydanych dla nauki dzieci, pomimo iż książki te ciągle się zmieniają, aby przysporzyć zysku ich autorom i księgarzom, pozostawia bardzo wiele do życzenia. Niech naprzykład ktokolwiek zaglądnie do trzeciéj czytanki dla szkół ludowych str. 103 „Sen Hioba“ i powie, czy to jest dla dziecka dziewięcioletniego lub niech kto przejrzy katechizm Desharbea i zapyta sam siebie, czy to odpowiada rozwojowi umysłowemu 9 lub 10-letniego dziecka.

W rozkładzie lekcyj także powinny nastąpić pewne zmiany. Najtrudniejsze przedmioty powinny być na pierwszych lekcyjach, póki jeszcze dziecko nie jest zmęczone i umysł ma świeży. Na ostatnie godziny odkładać je nie należy tak ze względów pedagogicznych, jako też z uwagi na zdrowie dzieci. Ostatnie godziny najlepiéj zająć śpiewem, gimnastyką lub rysunkami. Żadna lekcyja nie powinna trwać dłużéj nad trzy kwadranse. Każda lekcyja powinna odbywać się w ten sposób, aby dziecko brało w niéj czynny i liczny udział, słuchając lub mówiąc. Nauczanie powinno być urozmaicone tak, żeby lekcyje następujące po sobie wymagały odmiennych zdolności umysłu, przyczem pamięć nie powinna być wyzyskiwana. Natomiast nie należy zaniedbywać kształcenia zmysłów i zdolności spostrzegawczych. Uczenie się dzieci w domu ma być zredukowane do najważniejszych artykułów programu szkolnego. Karanie dzieci za pomocą zadawania im do przepisywania kilku kartek z książki, powinno być na zawsze wzbronione.

Niemniéj ważnem jest i to, żeby nauczyciel wymagań swych nie czynił jednakowemi dla wszystkich uczniów, lecz stosował ich do indywidualności każdego. Nie każde dziecko, które pozostaje w tyle za kolegami jest leniwe lub niezdolne umysłowo, wiele bowiem dzieci nie może zdążyć w swych zajęciach za innymi uczniami, jedynie dla fizycznéj słabości. Jeżeli nauczyciel okoliczności téj nie weźmie pod uwagę, lecz wymaga jednakowo od wszystkich, gdy się gniewa i ucieka do kar za złe odpowiedzi, szkodliwie oddziaływa na zdrowie fizyczne i umysłowe zdolności dziecięcia, popełnia czyn bardzo szkodliwy, jeżeli nie zbrodnię. Z podobnemi dziećmi należy obchodzić się łaskawie i względnie, lepiéj jest nawet nieraz całkiem ich uwolnić przez czas jakiś od chodzenia do szkoły.

Niebezpiecznie jest także obudzać miłość własną uczniów nagrodami, bo dzieci chcąc nieraz zwrócić na siebie uwagę nauczyciela i władzy szkolnéj starają się tego dobić wytężeniem sił wszelkich, albo raz dostawszy pochwałę lub nagrodę chcą na zawsze pozostać pierwszemi i robią to z wyraźną szkodą dla zdrowia. Wtedy tylko wychowanie można nazwać dobrem, gdy nauka w zupełności odpowiada rozwojowi umysłu ucznia i jego siłom fizycznym. Taki przyjazny i pożądany rozwój szkół możebnym będzie tylko wtedy, gdy lekarze posiadający specyjalne higijeniczne wykształcenie będą mieli wpływ na układanie programów i na zajęcia uczniów.

Jednem słowem, fizyczne i umysłowe dobro młodzieży szkolnéj wymaga organizacyi sanitarnéj kontroli tak nad rządowemi jak i prywatnemi naukowemi zakładami i energicznego udziału higijenistów w decyzyjach rad szkolnych.

Dr. Jan Stella-Sawicki.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 15 stycznia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przewodniczący poświęcił wspomnienie zmarłym kolegom doc. Goeblowi i prof. Szokalskiemu, których pamięć zebrani na wezwanie przewodniczącego przez powstanie uczcili. Na porządku dziennym były sprawozdania komisyi kontrolującéj, sekretarza stałego, skarbnika i bibliotekarza, a na zakończenie przemówił ustępujący przewodniczący prof. Mars oddając godność w ręce wybranego na rok bieżący prof. Gluzińskiego.

* Gazeta Lekarska podaje: W Warszawie z inicyjatywy władzy powstała komisyja mająca na celu badanie i ścisłe spostrzeżenia nad działaniem środka Kocha. Przewodniczącym komisyi jest inspektor okręgu wojskowo-lek. warsz. Dr. Łazarenko, sekretarzem Dr. Steinberg. W skład komisyi weszli także niektórzy profesorowie Uniwersytetu i lekarze naczelni szpitali.

* Na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu w dniu 20 grudnia z. r. Brown-Séguard zaprzeczył, jakoby płyn jądrowy mógł wywołać skutki lecznicze w gruźlicy. Co najwyżéj może płyn ten wstrzykiwany działać podniecająco na układ nerwowy.

* Ostatni numer „Casopis Lékařů českých“ na wstępie poświęca gorące wspomnienie śp. Drowi Szokalskiemu.

* W tygodniu 52 (28/12—3/1) było w Krakowie małżeństw 8, urodzeń 41, skonów 60 (40·84); z tych z zap. płuc 18, z gruźlicy 10, z dławca i błonicy 3.

* **Lwów.** Po długiéj chorobie umarł tu rektor Uniwersytetu Dr. Tomasz Stanecki, profesor fizyki, urodzony w r. 1826.

* **Wiedeń.** Najwyższa Rada sanitarna uznała za pożądane jak najrychlejsze utworzenie Izb lekarskich w myśl wniosku posła Dra Rosera, uznała jednak za potrzebne liczne zmiany w tym wniosku.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Prof. fizyjologii Ludwig obchodził d. 19 grudnia 1890 r. 50-ty jubileusz doktorski. — **Berlin.** Docent prywatny Dr. Burchardt otrzymał tytuł profesora. — **Wrocław.** Prof. nadzw. Wernicke mianowany zwyczajnym profesorem psychijatryi. — **Erlanga.** Prof. anatomii Józef Gerlach przeszedł w stan spoczynku, a prof. zwyczajnym anatomii mianowany prosektor Dr. Leon

Gerlach. — **Wieden**. Dr. Egon Braun-Fernwald habilitował się jako docent ginekologii. — **Budapeszt**. lekarz pułkowy Dr. Karol Hoor habilitował się jako docent okulistyki. — **Petersburg**. Dr. Lipski mianowany docentem medycyny wewnętrznéj w Akademii wojsk. lek. **Halla**. Prof. chirurgii Bramann otrzymał szlachectwo pruskie. — **Monachijum** W skutek śmierci prof. Vogta Dr. Karol Seitz mianowany został kierownikiem polikliniki uniw. dla chorób dzieci. — **Heidelberg**. Prof. Fürster przeszedł w stan spoczynku, a katedrę psychijatryi otrzymał prof Kranpolin, dotychczas w Dorpacie.

* **Wiadomości osobiste**. Dr. Teodor Hering w Warszawie wybrany został na posiedzeniu wyborczem Tow. laryngologicznego w Berlinie 5 grudnia 1890 r. przez aklamacyję członkiem korespondentem tego Towarzystwa.

* **Nekrologija**. W Wiedniu umarł lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie Dr. Lucca, licząc lat 88; w Strasburgu b. prof. dermatologii Dr Wieger w 70 roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej kliniki lekarskiéj we Środę dnia 21-go b. m. o godzinie 6-téj po południu. Porządek dzienny: kol. prof. Obaliński: O nowych metodach artrotomii w stosunku do leczenia kochiną (z demonstracyją); kol. Kryński: Obecne poglądy na sprawę ropienia (z demonstracyjami); kol. Wilkosz: O zastosowaniu pętli Esmarcha do bezkrwawego wyłuszczania stawu biodrowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza

Rok XXX. Kraków, 24 Stycznia 1891. Nr. 4.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " $1\frac{1}{2}$ "	" $3\frac{1}{2}$ "	" 6 "

Dalsze spostrzeżenia nad jadowitością nowotworów złośliwych (raków).

Podał Prof. Dr. Adamkiewicz.

W Przeglądzie Lekarskim z. r., Nr. 26 z d. 28 czerwca podałem krótką wiadomość o istnieniu silnie działającego jadu w istocie prawdziwych raków. W przebiegu moich dalszych badań w tym przedmiocie mogłem skonstatować następujące działania fizyjologiczne tego jadu:

Można w przebiegu objawów zatrucia, które wywołuje jad rakowy u zwierząt, rozróżnić dwa okresy. W okresie pierwszym objawy są bardzo gwałtowne i polegają na przyspieszonym oddechu, przyspieszonéj akcyi serca, zwężeniu źrenic, ślinotoku i kurczach. Co do kurczów to najwybitniéj zwykle występuje *opistotonus*, który częstokroć tak jest silnym, że rzuca zwierzę na grzbiet. Potem następuje pewien rodzaj odurzenia. Zwierzę leży na boku, oddecha szybko i nie jest w stanie się podnieść. W drugim okresie rozwijają się powoli objawy porażenne. Zwierzę częściowo budzi się z odurzenia i okazuje skłonność do obracania się w koło albo też leży spokojnie. Przy drażnieniu zewnętrznem lęka się i biegnie nieco naprzód. Potem znów popada w pewien rodzaj osłupienia i leży na brzuchu. Gdy się podnosi, to widać wyraźny niedowład tylnych łapek, który zwolna się powiększa. Całe ciało a także i głowa trzęsą się, jakgdyby nie miały odpowiedniéj podpory. Często zgrzytanie zębami. Potem częstokroć powiększa się ślinotok i zwierzę nagle pada nieżywe. Przy wielkich dawkach trucizny odrazu występują objawy porażenia lub nagła śmierć, — przy małych ograniczają się do objawów drażnienia, które przemijają lub wcale nie występują. Objawy zatrucia świadczą o tem, że rdzeń przedłużony bierze w nich czynny udział.

Szanownym Panom kolegom: prof. Obalińskiemu i Doc. Trzebickiemu za łaskawe dostarczanie mi materyjału serdecznie dziękuję.

I. Przyczynek do leczenia zakażeń połogowych.

Podał
Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

Podczas gdy w zakażeniach połogowych możemy nieraz przez wczesne, a o ile możności doszczętne, miejscowe leczenie zakaźnego ogniska ze skutkiem zapobiedz dalszemu wessaniu się jadu do ustroju, jesteśmy niestety prawie bezsilni, gdy jad zakaźny wniknął już do organizmu i w nim na dobre się zagnieździł. Wówczas jedyne racyjonalne leczenie zakażonéj położnicy polega na tem, że staramy się przez znaczne dawki wyskoku wstrzymywać rozpad ciał białkowatych i działać zarazem przeciw coraz większemu słabnięciu serca, że więc chora taka obfite otrzymuje pożywienie, a nadto, żeby łaknienie podsycać, przepisujemy letnie kąpiele. Czy jednakże metoda ta leczenia, którą pierwszy ze skutkiem zainaugurował Runge[1]) w chorobach zakaźnych połogowych, zawsze prowadzi do celu, to jest do wyzdrowienia, trudno na pytanie to odpowiedzieć, tem trudniéj, że jak już Olshausen niedawno temu na posiedzeniu Tow. ginekol. w Berlinie[1]) zauważył, w typowych połogowych septikemijach, w których tętno już na drugi dzień szybko w górę podskoczyło, a i ogólne zapalenie otrzewny się uwydatnia, kąpiele zazwyczaj bywają bezskuteczne, a korzystny wpływ wyskoku nietylko nie jest udowodniony, lecz nawet nie jest wykazany. W pyemii natomiast bywa, zdaniem berlińskiego ginekologa, rokowanie już z góry nie tak niekorzystnem, a większa część pyemicznych położnic chorobę przezwycięża.

[1]) *Archiv f. Gynaec.*, 1887, tom 30, str. 25, 1888, t. 33, str. 39—52. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1889, Nr. 7—9, nadto porównaj Martin: *Berliner Klinik* 1889, zeszyt 16 i *Verhandlungen der Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu Berlin.* Posiedzenie z dnia 28 czerwca, 1889, na którem zabierali w sprawie téj głos: Schülein, Martin, Gottschalk, Felsenreich i Olshausen.

Co prawda, to na tak skeptycznem stanowisku Olshausena bynajmniéj nie stoimy, gdyż już kilkakrotnie widzieliśmy najwidoczniéj korzystny i zbawienny wpływ wyskoku na przebieg zakażenia połogowego, lecz z drugiéj strony zauważyć musimy, że chociaż zwiększenie siły odpornéj zakażonego ustroju przez podawanie choréj wyskoku jest w zasadzie bezwątpienia rzeczą jak najzupełniéj racyjonalną, używając terapii Rungowskiéj, występujemy jednakże tylko pośrednio przeciw wessanym i w organizmie krążącym zarazkom. Nadto pamiętajmy, że wessane przez organizm zarazki wydzielają, jak wiadomo, chemiczne produkta trujące i że ostatecznie zakażenie połogowe niczem więcéj nie jest jak intoksykacyją organizmu, nasyconego ciągle tworzącemi się bakteryjami, a więc i proteinami bakteryjnemi czyli toksalbuminami oraz ich dalszemi produktami rozkładowemi, ptomainami itp.

Że tak jest w rzeczy saméj, wykazują to dobitnie ciekawe, a tak mało dotychczas znane doświadczenia Bourgeta [1]) z Lozanny. Badał on mocz czterech położnic pyemicznych na ptomainy, a w jednym nawet przypadku, który zakończył się zejściem śmiertelnem, badał także krew i pojedyncze narządy zmarłéj na tego rodzaju alkaloidy. Ciekawe są w tym względzie wyniki Bourgeta. Wykazał on, że mocz w gorączce połogowéj zawiera bardzo trujące ptomainy. Znachodzą się one w czasie ostrego okresu zakażenia w moczu w wielkiéj ilości, z chwilą zaś ustępowania objawów zakażenia zmniejszają się tak co do ilości jako też i co do siły trujących swych własności. Pojedyncze narządy zmarłéj położnicy, badane z wszelką dokładnością przez Bourgeta, zawierały wszystkie te składniki trujące, których własności fizyjologiczne odpowiadały zupełnie ptomainom, wykrytym przez niego w moczu położnic pyemicznych.

Tak więc doświadczenia Bourgeta przemawiałyby jak najzupełniéj za tem, że w moczu zakażonéj położnicy te same toksyczne zachodzą składniki, które organizm choréj zatruwają, a powtóre, rzecz niemniéj ważna, że prawdopodobnie trucizny te bywają z ustroju przez mocz wydzielane. Nadmieniamy, że już przed doświadczeniami Bourgeta Selmi w r. 1880, a późniéj i Bouchard znaleźli u położnic zakażonych w moczu ich trujące alkaloidy. Bourget był pierwszy jednakże, który wykazał, że alkaloidy, znachodzące się w ustroju choréj, przechodzą w téj saméj jakości do moczu.

Lecz nietylko przez mocz wydzielane bywają jady, zatruwające ustrój choréj położnicy. Queirolo z Genui wykazał już przed 2 laty, że w niektórych chorobach zakaźnych, jak n. p. durze, malaryi, trujące jady zakaźne wydzielane bywają przez skórę czyli, dokładniéj mówiąc, przez gruczołki potne skóry. Na ostatnim kongresie dla medycyny wewnętrznéj w Rzymie w październiku z. r. powrócił Queirolo raz jeszcze do swego przedmiotu i nadmienił, że przez późniejsze doświadczenia swoje przekonał się, że objawy powstające po wśródżylnem wstrzyknięciu potu takich chorych, odpowiadają intoksykacyi, a nie infekcyi, gdyż te same wyniki otrzymał on tak z potem nieodjałowionym jak z odjałowionym. Asystent jego Devoto bada i nadal składniki trujące potu, a chociaż dotychczas oprócz acetonu i zwiększonéj ilości soli kuchennéj nic odnaleść nie mógł, doświadczenia robione na królikach przekonały go jednakże, że objawy intoksykacyjne, jakie otrzymywał, ani od acetonu ani od soli kuchennéj zależnemi być nie mogły i że inne zupełnie powody jadowitości potu w takowym zachodzić muszą. Jako środek terapeutyczny w chorobach zakaźnych polecał Queirolo gorące powietrzne kąpiele [1]).

Że przez poty można nie małe ilości wody, a tem samem i w pocie znachodzące się części chemiczne z ustroju wydalić, łatwo pojmiemy, jeżeli zważymy, że pot, chociaż w małych gruczołkach, lecz na wielkiéj powierzchni skóry bywa wydzielanym i że podług obliczeń Krausego [2]) znajduje się na ciele ludzkiem około 2 milijonów gruczołów potnych. Oprócz nerek i gruczołków potnych mogłyby być nadto jeszcze jadowite składniki zakażonego organizmu, wydzielane przez gruczoły ślinianknowe. Wszakże Pasteur i Sternburg wykryli drobnoustroje w posocznicy ślinnéj u myszy *(Sputumsepticaemie)* a A. Fraenkel wykazał, że drobnoustrój ten identyczny jest z drobnoustrojem, wywołującym włókniste zapalenie płuc. Skoro więc w ślinie znajdują się drobnoustroje, to również możliwą, a nawet wielce prawdopodobną jest rzeczą, że i pojedyncze wydzieliny drobnoustrojów, które organizm zakażają, w ślinie odnaleśćby się udało.

Tak więc mielibyśmy, nie mówiąc już wcale o jelitach, trzy drogi w organizmie, któremi wydzielane być mogą jadowite składniki z ustroju zakażonéj osoby, to jest nerki, skóra i gruczoły śliniakowe.

Na czem więc powinno polegać racyjonalne leczenie zakażeń połogowych? Zdaniem naszem powinno polegać ono na tem, aby przez nerki, skórę i gruczoły ślinianknowe tyle jadu trującego z ustroju wydalić, ile tylko jest w naszéj mocy i o ile zezwalają na to siły zakażonéj choréj, a głównie jéj serce.

Za możliwością uwolnienia ustroju od trujących go jadów przez zwiększone funkcyjonowanie nerek przemawiałyby fizyjologiczne doświadczenia Dastreya i Loya [3]). Badacze ci wprowadzali w naczynia żylne zwierząt znaczne ilości płynu fizyjologicznego soli kuchennéj, a zwierzęta znosiły injekcyje te dobrze, a nawet wstrzykiwania takie działały wprost moczopędnie. Nieraz wydzielony bywał wstrzyknięty roztwór soli kuchennéj nie tylko przez nerki, lecz także przez jelita i gruczoły ślinianknowe. Nigdy nie zauważano po injekcyjach tych w moczu białka. Bouchard, Roux i Yersin [4]) stosowali metodę powyższą u zakażonych królików i psów, chcąc, jak słusznie wnioskowali, wydalić z organizmu znajdujące się w nim jady. Wynik leczniczy wypadł niepomyślnie. Zwierzęta w taki sposób leczone prędzéj od nieleczonych zdychały. Dlaczego badacze ci dobrych nie otrzymali wyników, trudno wiedzieć. Czy może zbyt znacznie już i tak osłabione serce zakażonych zwierząt nie było w stanie zwiększonéj podołać pracy? Bądź jak bądź doświadczenia następne robione przez włoskiego badacza C. Sanquirico [5])

[1]) *Contribution à l'étude des ptomaines et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerperale.* Thèse-Lausanne. A. Genton et Vinet, 1887.

[1]) Obszerniéj o sprawie téj napisał Queirolo w pracy, którą wspólnie z asystentem swoim Dr. E. Penny ogłosił w *Archiv. ital. di clin. med.*, 9, 1890, a którą znamy tylko z referatu w *Deutsche medizinal Ztg.*, grudzień, 1890. — [2]) *Anatomie,* 2 tom, strona 299. — [3]) *Arch. de physiol.* 1888 — [4]) Kongres fizyjol. w Bazylei 1889 i *Annal. de l'institut Varteur,* 1888 i 1889. — [5]) *C. ref.* w *Centr. f. kl. med.* 1889, str. 994.

w przypadkach otrucia, w których ze skutkiem używał *lavatura dell'organismo*, dowodzą, że doświadczenia Dastreya i Loya z dobrym wynikiem w niektórych chorobach zastósowaćby można. I Sahli [1]) w Bernie, niezrażony niekorzystnemi wynikami Boucharda i jego kolegów wstrzykiwał wprawdzie nie wśródżylnie lecz podskórnie rozczyn fizyjologiczny soli kuchennéj w kilku przypadkach mocznicy i w stanie tyfusowym. Doświadczenia Sahliego dały całkiem pomyślne rezultaty [2]). Sahli jest zdania, że oprócz wypłukania ciała także i rozcieńczenie jadu, krążącego w organizmie, wchodzi tutaj w rachubę i że w tych razach, w których ciało mało zawiera wody, łatwo jéj przez podskórne injekcyje organizmowi dostarczyć. Używał on sterylizowanego 0,7% rozczynu soli kuchennéj, a wstrzykiwał go z jednolitrowych buteleczek Erlenmesserowskich. Aby ułatwić podskórne wessanie, robił Sahli kilka nakłuć odrazu w tkankę podskórną, używając do infuzyi czterech kaniulek Southeyowskich. Przez ilościowe oznaczenie suchéj pozostałości z moczu, wydzielonego w ciągu 24 godzin przed i po infuzyi podskórnéj, przekonał się Sahli, że przez zwiększoną dyjurezę tkanki w rzeczy saméj bywają przepłukiwane, gdyż w dzień po przepłukiwaniu zdają się one być zawsze uboższemi w specyficzne składniki moczu.

Wszystkie te powyżéj przytoczone dane, a zarazem fakt, że i drobnoustroje same przechodzić mogą przez nerki i to przez naczynia kłębków Malpighiego (n. p. w tyfusie można nieraz prędzéj w moczu jak w kale wykryć laseczniki durowe), spowodowały mnie w jednym przypadku połogowéj pyemii, w którym od 5 dnia *post partum*, w którym to dniu powołano mnie do choréj, przychodziły częste i długo trwające dreszcze, ciepłota podniosła się do 39·7° z znacznemi remisyjami, a tętno dochodziło do 120, następującego użyć sposobu leczenia.

Co godzina kazałem choréj wypić 1 litr letniego fizyjologicznego rozczynu soli kuchennéj, a że chora tak znacznéj ilości nie bardzo smacznego płynu tego czy nie chciała, czy nie mogła wypić, wlewałem jéj rozczyn ten za pomocą zgłębnika do żołądka, początkowo co godzina, późniéj co 2, 3 lub 4 godziny. Chora nie oddała infundowanego płynu. Widocznie czynność wessania przez żołądek (jakkolwiek polega ona głównie na dyfuzyi i zależna jest od centr. systemu nerwowego, nerwów troficznych itd.) nie była w przypadku naszym upośledzona i serce choréj mimo zwiększonéj pracy było dość silne. Że zresztą żołądek może z łatwością wessać tak znaczne ilości rozczynu soli kuchennéj i woda bynajmniéj nie potrzebuje przechodzić do jelit, wykazały doświadczenia Tappeinera [3]) i Anrepa [4]), którzy zwierzętom po poprzedniem zamknięciu odźwiernika znaczne wprowadzali ilości płynu do żołądka, a płyn już w krótkim czasie zupełnie został wessanym.

Po każdorazowéj infuzyi płynu do żołądka następowało znaczne wydzielanie bladego moczu czyli jednem słowem dyjureza była obfitą. Oprócz takich infuzyj do żołądka wstrzykiwałem choréj po zmyciu skóry eterem w celu odtłuszczenia takowéj, dwa razy dziennie podskórnie przez 3 dni po 0,01 chlorku pilokarpiny. Występowały na skórze obfite poty, a wkrótce potem i ślinotok, w czasie czego, chcąc chorą znużoną przez poty, wessanie płynu z żołądka i ślinotok wzmocnić, podawałem jéj małe dawki wyskoku. Ogółem wprowadziłem choréj 17 litrów rozczynu fizyjologicznego do żołądka a podskórnie otrzymała pacyjentka 6 injekcyj chlorku pilokarpiny à 0,01. Po jednéj injekcyi pilokarpiny nie miała chora zapadu, widocznie, że serce dobrze zwiększoną znosiło pracę.

Wynik postępowania takiego był widocznym i to już na 2 dzień po rozpoczętéj w ten sposób terapii. Chora, przedstawiająca przedtem zupełny obraz pyemii, utrzymaną została przy życiu, gorączka, chociaż pomału, zmniejszała się, tętno stawało się wolniejszem, więcéj napiętem, a dreszcze rzadziéj przychodziły i trwały krótszy przeciąg czasu. Ten ostatni fakt zdaje mi się nie być bez znaczenia. Jeżeli bowiem jest prawdą, że dreszcze pyemiczne na tem polegają, że gorączkotwórcze (*pyrogene*) składniki wnikają niejako w pewnych po sobie odstępach czasu w krew zakażonego organizmu ze swoich głównych kryjówek i siedlisk, w których najłatwiéj się im gromadzić, a za jakie zdaniem Klebsa uważać można, jeżeli zakażenie znaczne zrobiło postępy, naczyńka proste nerek, naczynia włoskowate i małe żyłki płucne lub środkowe części siatki naczyniowéj w pojedynczych zrazikach wątroby itd., to w naszym tutaj przypadku przemawiałoby krótsze trwanie dreszczów i rzadsze ich nawroty za tem, że części zakaźne wydalonemi zostały choć w części przez nerki, przez skórę i przez gruczoły ślinianowe. Umyślnie użyłem tutaj wyrazu ściśle nie określonego „składniki gorączkotwórcze“, gdyż dzisiaj nauka nie zna jeszcze ani stosunku wzajemnego bakteryj do ich wydzielin, ani wpływu wydzielin tych czyli toksalbuminów na zmiany anatomiczne pojedynczych tkanek ustroju. Że zaś przedewszystkiem tam, gdzie drobnoustroje głównie się rozgoszczą i osiedlą, najpierw też powstają ich produkta przeróbkowe i że ztąd dopiero następuje wtargnięcie ich w krew zakażonego ustroju, łatwo pojmiemy.

Zapewne jeden przypadek, przemawiający za słusznością naszéj terapii, wcale a wcale nie wystarcza do jéj utwierdzenia a potrzebną jest do tego znaczna ich liczba, a w szczególności wypadki zakażeń ciężkich, septikemicznych, które odznaczają się nagłą zwyżką ciepłoty, bardzo przyspieszonem tętnem, objawami mózgowemi i t. d., a które to przypadki zazwyczaj mimo leczenia tylko złe dają rokowania. Tutaj miałyby infuzyje rozczynu fizyjologicznego soli kuchennéj do żołądka (a może i do odbytnicy, gdyby żołądek żadną miarą dla upośledzonéj czynności wessania wody nie mógł rezorbować) i tę jeszcze korzystną stronę, że mocz u ciężko septikemicznie choréj jest nader gęstym i w małéj tylko ilości bywa wydzielanym. Zwiększenie dyjurezy usunęłoby jad z organizmu, a oprócz tego infuzyje dodałyby organizmowi więcéj płynu, którego tak bardzo potrzebuje. W takich ciężkich chorobowych przypadkach, powinnyby infuzyje, jako podwójny mające cel, tem energiczniéj być przeprowadzane. W tych też razach należałoby baczną zwracać uwagę na serce i takowe wzmacniać małemi dawkami wyskoku, gdyż robiąc częste infuzyje do żołądka tem samem już znaczniejszego od serca wymagamy wysiłku.

Gdyby w tak ciężkich przypadkach okazała się metoda nasza, a polegająca na zwiększonéj działalności narzą-

[1]) *Volkm. Vortr. Innere med.*, Nr. 5, 1890. — [2]) Podskórne wstrzykiwania rozczynu soli kuchennéj robiono także w przypadkach ciężkiéj utraty krwi (n. p. Michael, Münchmeyer) i przy leczeniu cholery (Samuel, Cantani). — [3]) *Zeitschrift f. Biologie*, XVI. str. 497. — [4]) *Archiv f. Phys.*, 1881, str. 504.

dów gruczołowych (nerki, gruczołki potne i ślinniankowe) skuteczną, wtenczas dopiero można mówić o jéj skuteczności.

Ponieważ jednakże tego rodzaju ciężkie przypadki zakażenia połogowego tak prędko może mi się nie natrafią (a wcale ich się też doprawdy nie pragnie), przeto ogłaszając słów tych kilka, pragnąłem jedynie zwrócić uwagę kolegów na powyższy sposób leczenia zakażeń połogowych i zachęcić ich w danym razie do wypróbowania metody, która wcale nie jest niebezpieczną, a nadto, co w praktyce także pewnéj jest doniosłości i nie bez znaczenia, jest bardzo prostą i każdéj chwili z łatwością może być zastósowaną.

W końcu maleńka jeszcze uwaga. Jeżeli w rzeczy samej powyżéj podany sposób leczenia zakażenia połogowych okazałby się skutecznym to dowodzić to także będzie, że owe „krytyczne wypróżnienia", o których dawniejsza medycyna tak wiele pisała i rozprawiała, wcale nie zasługiwały na to, aby je przysypywać zapomnienia piaskiem.

II. Z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Myxoedema.

Dwa przypadki obserwował i opisał

Dr. M. Buzdygan,
II-gi asystent tejże kliniki.

Na chorobę tę pierwszy zwrócił uwagę Gull w r. 1874, ale dopiero Ord dokładnie ją opisał i nadał w r. 1878 nazwę Myxoedema. Prawie równocześnie pisał o niéj Charcot i nazwał *cachexie pachydermique*.

Główna zasługa w poznaniu istoty choroby należy się jednak angielskiemu lekarzowi Ordowi, który rozpoczął szczegółowe badania na chorych, spisywał dokładnie obserwacyje i wywołał najpierw u swych współrodaków szereg ścisłych doświadczeń na zwierzętach w celu wykrycia źródła i istoty choroby. W Londynie powstała zaraz osobna komisyja, która się jedynie zajmuje tą nową chorobą.

W dziesiątek lat późniéj, kiedy już angielscy lekarze mieli ogłoszonych sto kilkadziesiąt przypadków, doświadczeń, w szkole niemieckiéj było jeszcze dosyć głucho o *myxoedema*; dopiero Virchow na posiedzeniu lekarskiem w Berlinie 2 lutego 1887 podniósłszy wysoko prace angielskie, gorąco zachęca swoich kolegów do poświęcenia większéj uwagi téj nowéj chorobie i zbierania odpowiednich materyjałów. Odtąd prawie na każdem posiedzeniu lekarskiem pod przewodnictwem Virchowa opisują lekarze niemieccy kazuistyczne przypadki, często z przedstawieniem chorych. Niemniéj i inne kraje nie dają się wyprzedzić w odnośnych pracach.

Objawy chorobowe według opisu Orda (*Quain' Dictionary of Medicin*) są rozliczne, odnoszą się do wielu organów, nie wszystkie jednak stale się powtarzają. Wejrzenie zewnętrzne jest charakterystyczne i dla wszystkich wspólne tak, że chorzy ci wyglądają, jakby wszyscy należeli do jednéj rodziny.

Głowa niepomiernie duża, twarz obrzękła, blada, w pierwszéj chwili każe się domyślać choroby nerkowéj, ale rozbiór moczu daje wynik ujemny a skóra przy ucisku nie zostawia dołka. Na czole szerokie fałdy zgrubiałéj skóry, powieki obrzękłe, nos znacznie zwiększony, nozdrza szerokie, skrzydła nosowe grube, wargi obrzękłe, język powiększony. Ręce i stopy z początku swoją wielkością odbijają od reszty ciała; w późniejszym okresie choroby obrzmienie zajmuje resztę kończyn i całe ciało. Prawie zawsze gruczołu tarczykowego albo wcale się nie wyczuwa, albo jest on znacznie pomniejszony. Organa wewnętrzne przez długi czas żadnych zmian nie przedstawiają, jak również funkcyje tychże są prawidłowe. W późniejszym okresie występują zboczenia szczególniéj w narządzie moczopłciowym: białkomocz, zanik macicy i utrata popędu płciowego. System nerwowy ruchu i czucia zmian znaczniejszych nie okazuje, jak tylko pewne osłabienie, zwolnienie ruchów, łatwe nużenie się i wyczerpanie siły mięśniowéj, mimo, że mięśnie bynajmniéj nie okazują zaniku. Czucie jest nieznacznie przytępione. Z powodu zmniejszonego czucia mięśniowego pojawia się pewien rodzaj niezborności przy chodzeniu; objaw ten jednak różni się od niezborności w uwiądzie rdzenia pacierzowego.

Sfera umysłowa przedstawia już wybitniejsze zmiany: Z początku osłabienie pamięci, woli, myślenia; pod koniec ogłupienie, lub głębsze zboczenia psychiczne.

W sferze zmysłowéj: smak to gorzki, to słodkawy i przykre cuchnienie z ust. Słuch przytępiony, szum w uszach. Ciepłota ciała zazwyczaj obniżona poniżéj prawidłowéj do 36·6—34·5° C., przyczem chorzy żalą się na uczucie ziębnienia.

Stałym i najwięcéj w oczy wpadającym objawem w *myxoedema* jest zgrubienie i obrzmienie skóry, szczególniéj na twarzy i kończynach, co na razie czyni wrażenie opuchliny, która się poczyna od twarzy i kończyn górnych, jednak w téj obrzmiałéj skórze ani dołka wycisnąć nie można ani prawem ciężkości po dłuższem leżeniu część najniżéj położona nie obrzmiewa więcéj. Chodziło więc przedewszystkiem o zbadanie istoty, z któréj to obrzmienie powstaje. W kawałku skóry wyciętym po raz pierwszy przez Orda, jak niemniéj przy badaniu pośmiertnem, zamiast płynu wodnistego jak w puchlinie podskórnéj, znaleziono istotę galaretowatą, zawierającą mucynę.

Zdawało się, że już istota choroby wykryta, stąd i nazwa *myxoedema*. Virchow z początku błędnie uważał ten stan jako metaplazyję tkanki tłuszczowéj podskórnéj w istotę śluzakowatą. Po dokładnem jednak zbadaniu preparatów anatomicznych w Londynie znalazł w skórze i tkance podskórnéj, pomiędzy komórkami tłuszczowemi liczne nowo wytworzone, bujające włókna tkanki łącznéj — przyszedł tedy do przekonania, że to nie proces wsteczny, nie metaplazyja lub zanik tkanki tłuszczowéj, ale proces tworzenia i rozrastania się tkanki łącznéj z charakterem prawie zapalnym. — Wiadomą zaś rzeczą, że gdzie odbywa się bujanie tkanki łącznéj, szczególniéj w nowotworach należących do rzędu łączno-tkankowych, tam i mucyna się pojawia. Z tego powodu Virchow zaczął mniéj znaczenia przypisywać mucynie, a starał się szukać istoty i przyczyny choroby gdzieindziéj.

W dalszych badaniach również szkoła angielska pierwsza poczyniła doniosłe odkrycia. Horsley po ekstyrpacyi gruczołu tarczykowego u małp znalazł zwiększone wydzielanie mucyny w gruczołach ślinnych, nadto znajdował mucynę prawie we wszystkich innych wydzielinach, daléj we krwi, skórze, mięśniach i ścięgnach, i na téj podstawie przyszedł do wniosku, że gruczoł tarczykowy w stanie fizyjologicznym, jest regulatorem przemiany materyi w organizmie, skoro zaś po usunięciu gruczołu tego regulatora braknie, istoty białkowate pozostają na stopniu mucyny i nie

dochodzą do końcowego rozpadu. Mucyna według Horsleya jest w *myxoedema* produktem zastoinowym, według Virchowa produktem ubocznym, powstającym przy procesie nowotworowym albo zapalnym.

Horsley po wyjęciu gruczołu tarczykowego u małp stwierdził nietylko nagromadzenie mucyny w różnych tkankach, ale nadto wiele innych objawów pochodzących szczególniéj z zaburzenia układu nerwowego. Na podstawie tych doświadczeń utrzymuje on, że po wyjęciu gruczołu tarczykowego u małp występują objawy chorobowe prawie identyczne z *myxoedema* i *Cachexia strumipriva* Kochera.

Po wynikach badań Horsleya rzucili się uczeni do doświadczeń na innych zwierzętach i doszli do rezultatu, że tak dla *myxoedema* jako też *cachexia strumipriva* źródło i przyczyna leżą w zmianach gruczołu tarczykowego. Virchow nadto każe w tymże samym gruczole dopatrywać przyczyny powstawania kretynizmu, choroby Basedowa a może i krzywicy wrodzonéj. Kocher (Sprawozd. z zgrom. rocznego *British medical Association* 55) nazwę *cachexia strumipriva* zmieniwszy na *cachexia thyreopriva*, uważa tę chorobę za identyczną z *myxoedema*.

Już przed spostrzeżeniami Orda i Horsleya znane były smutne następstwa po wyłuszczeniu całkowitem wola u człowieka. Réverdin (*Revue médicale de la Suisse rom.* 1883, Nr. 4—6) pierwszy zwrócił uwagę na następstwa po usunięciu całkowitem wola, objawy chorobowe odnosił do zaburzeń w środkach nerwowych i nazwał cały stan *myxoedema opératoire* dla odróżnienia od *myxoedema idiopathicum*. Kocher na kongresie chirurgów w Berlinie w r. 1883 przedstawił cały szereg spostrzeżeń po całkowitem wyłuszczeniu wola, a stwierdziwszy, że operowani w jakiś czas popadali w niedołęstwo tak cielesne jak umysłowe i stawali się podobni do kretynów, odnosił te objawy do zaburzeń w odżywieniu mózgu. Liczba spostrzeżeń powiększyła się rychło, a odnośne prace ogłosili: Zuillard (*Revue de Chirurgie* T. III, 1883), Baumgärtner (*Archiv f. klin. Chirurgie* Bd. 31, p. 119), Bruns (*Volkmanns klin. Vorträge* Nr. 224), Grundler (*Dissertation Tübingen*, 1885). Doświadczenia Wagnera (*Wiener medizinische Presse*, 1884, Nr. 25) wykonane na królikach wykazały ścisły związek między wyłuszczeniem całkowitem gruczołu tarczykowego a zmianami w ośrodkach nerwowych. Mikulicz (Przegląd Lekarski Nr. 48, 1885) opierając się na badaniach innych chirurgów i własnem doświadczeniu, odradzał od całkowitego wyłuszczenia wola, zestawiając znane już zaburzenia w postaci chery, tężyczki, porażenia mięśni krtaniowych, a nadto pierwszy zwrócił uwagę na kurcze epileptyczne, które również po całkowitem wyłuszczeniu wola się przydarzają. Do podobnych wniosków doszedł i H. Schramm (Przegląd Lekarski 1884, Nr. 40).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek.

Podał

Edmund Biernacki.

(Dok. Patrz Nr. 3.)

Oprócz zmian anatomo-patologicznych, oprócz wpływów deprymujących nagromadzonych produktów przemiany materyi, prawdopodobnie i zmiany krwi uczestniczą bezpośrednio w zaburzeniach czynności wydzielniczéj żołądka w zapaleniu nerek. Nie wiemy wprawdzie, jaki wpływ bezpośredni wywiera wodnistość krwi na wydzielinę żołądkową; ale że taki związek bezpośredni pomiędzy zaburzeniami żołądkowemi i zmianami w krwi może istnieć w zapaleniu nerek, wskazuje nam zachowanie się pepsyny. Brak pepsyny wogóle nie stanowi reguły przy braku kwasu solnego przejściowym lub stałym; nieobecność tego fermentu pozwala przypuszczać istnienie głębokich zmian błony śluzowéj żołądka tak, że nawet niektórzy klinicyści (Jaworski) rozpoznają zanik błony śluzowéj przy braku kwasu solnego i pepsyny.

Chociaż taki zanik może rozwinąć się i w zapaleniu nerek, jednak w świeżych okresach tego cierpienia jest on co najmniéj wątpliwym. Brak i słabe działanie pepsyny więcéj skłonni jesteśmy objaśnić zubożeniem krwi w białko, które stanowi materyjał dla wytwarzania fermentów.

Fakt, że jednocześnie z zupełnym brakiem lub zmniejszoną zawartością kwasu solnego obserwowaliśmy przyspieszone przejście zawartości żołądka do kiszek, nie jest odosobnionym. Zwiększoną czynność mechaniczną żołądka obserwowano we wielu analogicznych stanach stałego lub przejściowego braku kw. solnego. Tak konstatowano ją w chorobach gorączkowych [1], a przy nieżycie żołądka zjawisko to nie jest rzadkiem. Naturalnie ma miejsce ono we wcześniejszych okresach tego cierpienia, a nie w późnych, gdy z powodu znacznych zmian anatomo-patologicznych rozwija się rozszerzenie, atonija żołądka. Podobne fakty widział Leube [2]), który zresztą uważa normalną czynność mechaniczną żołądka przy braku kwasu solnego za objaw dyspepsyi nerwowéj. W ostatnich czasach wzmiankuje Noorden [3]), że zdarzało mu się widzieć zwiększoną działalność mechaniczną żołądka i przyspieszone wydalanie zawartości jego do kiszek nietylko w ostrych, ale i w przewlekłych katarach żołądka. Noorden sprowadza zjawisko to do zmian zapalnych w żołądku, które zwiększają pobudliwość jego podobnie jak przy analogicznych okolicznościach nasilają się ruchy robaczkowe kiszek. Wątpliwą jest rzeczą, czy tylko sprawy zapalne mogą sprowadzać zwiększenie czynności mechanicznéj żołądka: należy przypuścić, że i innego rodzaju wpływy, n. p. nerwowe mogą sprawić to samo. Ztąd w ostrych okresach zapalenia nerek, przyspieszone wydalanie zawartości żołądka do kiszek może być sprawione wprost przez podrażnienie elementów ruchowych żołądka przez nienormalne produkty, nagromadzone w organizmie; w późniejszych natomiast — przez cierpienie zapalne żołądka. Nie myślę przytem twierdzić, że zwiększenie czynności mechanicznéj żołądka stanowi oznakę specyjalną zaburzeń żołądkowych w zapaleniu nerek. To, żeśmy obserwowali dosyć często zjawisko opisywane w naszych przypadkach, pochodzi wprost ztąd, że przeważnie badaliśmy świeże, niedługo trwające przypadki chorobowe. W późniejszych, gdzie sprawa dochodzi do zmian przeważnych w ścianie żołądka, może naturalnie istnieć wprost odwrotne zjawisko, atonija żołądka.

Na normalną lub zwiększoną czynność mechaniczną żołądka przy zaburzeniach jego czynności wydzielniczéj należy

---

[1]) Gluziński (Wolfram) *loc. cit.* Przytaczam według Jaworskiego (Podręcznik do chorób żołądka; w saméj pracy autorów nie mogłem tego znaleść. — [2]) *loc. cit.* — [3]) *Ueber die Ausnützung der Nahrung bei Magenkranken. Zeitschr. f. klin. Mediz.*, 1890, Bd. XVII.

zapatrywać się jako na objaw przystosowania, wyrównania w organizmie. Z jednéj strony trawienie w żołądku przy braku wydzieliny nie istnieje, lub jest ograniczonem, z drugiéj strony nie desynfekowana przy takich okolicznościach zawartość żołądka zdolną jest rozkładać się w silnym stopniu. A gdy tylko rozwiną się procesy fermentacyjne, łatwo zjawia się niedomoga mechaniczna, nieprzyjemne i uciążliwe senzacyje podmiotowe. Dzięki normalnéj lub zwiększonéj czynności mechanicznéj zawartość żołądka szybko przechodzi do kiszek, aby tam być zużytkowaną, z drugiéj strony brak powodów do silnego rozwoju fermentacyj, a przeto i czynników usposobiających do objawów podmiotowych. Tą drogą możemy objaśnić sobie fakt ciekawy, że większość przypadków moich nie przedstawiała najmniejszych objawów podmiotowych ze strony żołądka mimo znaczne zaburzenia trawienia żołądkowego mimo brak lub małą zawartość kwasu solnego. Najczęściéj zdarzało się to z mężczyznami, kobiety częściéj skarżyły się na ciśnienie w okolicy żołądka, odbijanie itd. Ale skargi te istniały najczęściéj tylko podczas najsilniejszych zaburzeń w okresie oliguryi i obrzęków; gdy tylko zjawiło się polepszenie z téj strony, objawy subjektywne żołądkowe znikały bardzo szybko mimo to, że funkcyja wydzielnicza tego organu była jeszcze silnie upośledzoną. Zjawisko to obserwowaliśmy nietylko w ostrych, ale i w późniejszych przypadkach, gdzie kwasu solnego były tylko ślady. Jeżeli w tych późniejszych przypadkach osłabienie czynności wydzielniczéj należy przypisać anatomicznym zmianom żołądka, to wolno nam wyprowadzić wniosek ogólniejszy: można długo cierpieć na nieżyt żołądka bez najmniejszych objawów podmiotowych. Nietylko więc czynnościowe, ale i anatomiczne zaburzenia żołądkowe mogą przebiegać zupełnie skrycie, jak n. p. wrzód okrągły, pod warunkiem, że czynność mechaniczna żołądka pozostaje nienaruszoną lub wzmożoną. Osłabienie jéj stanowi naodwrót główny powód uczuć podmiotowych; pod tym względem spostrzeżenia nasze zgadzają się zupełnie ze zdaniem Klemperesa [1]), według którego nasilenie i stopień najwyższy senzacyj dyspeptycznych przy nieżycie przewlekłym żołądka zależne są od słabości motorycznéj, natomiast polepszenie zależy od zwiększenia czynności mechanicznéj żołądka.

Obserwowaliśmy zresztą u naszych chorych i wprost odwrotne zjawisko. Pomimo nieznacznych w porównaniu z innemi przypadkami zaburzeń czynności wydzielniczéj żołądka, niektórzy chorzy skarżyli się bardzo na przypadłości gastryczne. Podobny fakt spostrzega się według Adlera i Sterna [2]) u chorych sercowych, u których istnieją ciężkie senzacyje żołądkowe pomimo obecności kwasu solnego. Według tych autorów skargi u sercowych chorych są pochodzenia ośrodkowego i zależą od zaburzeń krwiobiegu i nieprawidłowego odżywiania tkanki nerwowéj. Że wogóle uczucia podmiotowe ze strony żołądka częściéj istnieją przy ogólnym nerwowym rozstroju niż bez niego, miałem sposobność przekonać się na swoim materyjale. Tak u jednego chorego oliguryja i obrzęki zjawiły się w kilka dni po ciężkim upadnięciu na plecy. W tym przypadku *nephritis* była prawdopodobnie pochodzenia traumatycznego, tembardziéj, że nie można było znaleść w tym razie innych momentów etyjologicznych. Chory ten oprócz nefrytycznych przedstawiał także i objawy neurasteniczne: ciśnienie w głowie, bolesność niektórych wyrostków kręgowych, nastrój przygnębiony, lekkie drżenie, co można było uważać za objawy nerwicy traumatycznéj, a przytem i silne skargi dyspeptyczne, które się zjawiły jednocześnie z obrzękami. Badanie trawienia żołądkowego wykazało tymczasem nie zbyt znaczne uchylenia od normy. W innych dwóch przypadkach (u kobiet) skomplikowanych przez zaburzenia sercowe, istniały silne zaburzenia żołądkowe, chociaż kwas solny był obecnym; chore cierpiały przytem na bezsenność. Przed zjawieniem się obrzęków nigdy nie cierpiały na objawy gastryczne. Podobne zachowanie się przedstawiały dwa inne przypadki, kobieta z objawami hysterycznemi i mężczyzna z neurastenicznemi; w tych razach czynność wydzielnicza żołądka była wprawdzie silnie upośledzoną. Tym sposobem pewien nastrój układu nerwowego ułatwia prawdopodobnie postawanie uczuć podmiotowych ze strony żołądka.

Z powodu zaburzeń podmiotowych i przedmiotowych trawienia żołądkowego w cierpieniu nerek, należy nieraz przeciwdziałać im zabiegami leczniczemi. W przypadkach ostrych, krótko trwałych zapalenia nerek nie potrzebujemy właściwie zwracać szczególnéj uwagi na żołądek, nawet jeżeli osłabienie czynności wydzielniczéj jest bardzo znaczne. Ale jeżeli w przypadkach przewlekłych istnieje znaczne zmniejszenie wydzieliny żołądkowéj, to zaburzenia te wymagają osobnéj dyjetetycznéj i leczniczéj opieki, jak z paliatywnego, tak i racyjonalego punktu widzenia. Na uwagę zasługuje więc mleko peptonizowane według propozycyi Ewalda z powodu zmniejszenia trawienia żołądkowego. Brak fermentu sernikowego, co szczególnie ma znaczenie przy stosowaniu dyjety mlecznéj wskazuje na racyjonalność używania soli wapiennych. Przyjmowanie kwasu solnego po jedzeniu zmniejszało i usuwało prawie zawsze w moich przypadkach nieprzyjemne senzacyje ze strony żołądka. Przytem mogłem skonstatować i wpływ regulujący tego środka na stolec w przypadkach, gdzie tenże bywał zaparty: kwas solny okazywał wpływ pomyślny i na działalność kiszek. Fakt ten mogłem potwierdzić i z innéj strony. Mianowicie gnicie kiszkowe, silnie wzmożone w zapaleniu nerek, co mi się udało dowieść określeniem kwasów eteryczno-siarczanych w urynie [1]), znacznie się zmniejszało przy używaniu kwasu solnego.

¹) *Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magenk. Deutsch. medizin. Wochenschr.*, 1888, str. 962. — ²) *loc. cit.*

¹) Pytanie to rozbiorę wkrótce w innem miejscu.

IV. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

IV) *Sprawa gruźlicza.*

Zmiany anatomiczne właściwe gruźlicy mają wiele cech wspólnych ze sprawą przewlekle zapalną, dlatego jako takich nie mogłem ich pominąć w méj pracy. Badałem różne narządy ludzkie i zwierząt, którym zaszczepiłem gruźlicę. Do twardnienia zawsze obok alkoholu używałem i roztworu Fleminga. Tylko preparaty z tego ostatniego pozwalają nam bliżéj wglądnąć w budowę utkania gruźliczego. Tylko roztwór Fleminga ustala jak najmniéj zmienione ciałka czerwone i różne ich produkta, podobnie różne szczegóły dotyczące jąder i istoty międzykomórkowéj.

Akta, dotyczące budowy gruzełka i zmian zapalnych temu nowotworowi towarzyszących, zdały się być zamknięte po ostatniéj doświadczalnéj pracy Baumgartena. Tymczasem bynajmniéj tak nie jest. Wszystkie zasadnicze punkty zapatrywań tego autora można zakwestyjonować. I tak przedewszystkiem jego teoryję o pochodzeniu komórek epitelijoidowych. Mając przed sobą konglomerat komórek o jądrach wielkich, tak zwanych epitelijoidowych i kilka mitoz w komórkach stałych w miejscu tego konglomeratu, nie jesteśmy jeszcze wcale uprawnieni do przypuszczenia, że cała grupa komórek epitelijoidowych powstała z komórek stałych. Objaw ten co najwyżéj uprawnia nas do przyjęcia stanu podrażnienia odżywczego w tych komórkach, które to podrażnienie nie wiedzieć jeszcze, czy się zakończy nową komórką, czyli raczéj powstaniem dwóch komórek z jednéj. Drugim słabym punktem zapatrywań Baumgartena na budowę gruzełka jest tak zwany gruzełek lymfoidalny, złożony z samych komórek limfatycznych. Autor ten utrzymuje, że jestto już drugi okres gruzełka, że jestto już gruzełek epitelijoidowy nacieklý tak znacznie leukocytami, które wyemigrowały z okolicznych naczyń, że one (leukocyty) zupełnie pokryły pierwotne komórki epitelijoidowe. Takie znikanie pewnych składników wskutek napływów innych możebnem jest tylko na preparatach niedostatecznie cienkich. Istnienie gruzełka złożonego z samych komórek limfatycznych wraz z wielu innymi autorami muszę przyjąć jako pewne.

Imponuje mi daléj łatwość, z jaką autor ten rozróżnia komórki, pochodzące z leukocytów, od komórek epitelijoidowych. Co zrobić jednak z jądrami, okazującemi wszystkie możliwe przejścia pod względem rozmiarów, ilości i rozłożenia istoty chromatycznéj, przejścia między leukocytami i jądrami epitelijodowemi. Proklamować te jądra za niewykształcone jeszcze komórki powstałe z proliferacyi stałych, jest czczem przypuszczeniem.

Nie można daléj zgodzić się z zapatrywaniami Baumgartena, dotyczącemi powstania komórek olbrzymich. Komórki te mają i w gruźlicy tę samą histogenezę, jak w ranach wątroby, jak w oczkach rdzenia bzowego, wprowadzonego do tkanin żyjących, jak wszędzie, gdzie one powstają (n. p. *gummata*) Podobnie tak z. *reticulum* gruzełka nie składa się jak to Baumgarten utrzymuje, tylko z włókienek dawniéj istniejącéj tu tkanki, ale jestto, jak to zobaczymy, nowy produkt w całem tego słowa znaczeniu.

a) gruźlica otrzewny (*peritonitis tuberculosa*). Cała otrzewna, szczególnie zaś *omentum*, nadaje się do badania własności histologicznych gruzełka. Składniki, z których składa się tutaj gruzełek, tak znacznie różnią się od prawidłowego utkania otrzewny, że oryjentacyja jest o wiele łatwiejsza jak n. p. w miąższu płucnym lub innym narządzie o budowie więcéj powikłanéj.

Przypatrzmy się bliżéj gruzełkom prosówkowym tak jak one nam się przedstawiają na preparatach z rozczynu Fleminga barwionych safraniną, gencyjaną lub safraniną i gencyjaną następnie, lub safraniną i następnie nigrozyną.

Weźmy pod obserwacyję n. p. gruzełek średnich rozmiarów. Co nas przedewszystkiem uderza, to siatka, rodzaj *reticulum*, którego włókienka drobnoziarniste mają barwę żółtawą z lekkim odcieniem zielonawym (preparat safraninowy). Oczka téj siatki są najrozmaitszéj wielkości i kształtów; jeden wymiar i kształt powtarza się jednak za często, aby go wziąść za przypadkowy i bez znaczenia; jestto kształt i wymiar ciałek czerwonych krwi. Na obwodzie zaś większych oczek widzimy pojedyncze krótkie wypustki do wnętrza oczka się zapuszczające, a często odstępy tych krótkich wypustek z głównego włókienka siatki wychodzących znowu odpowiadają wymiarom ciałka czerwonego. Co więcéj często widzimy, że ciałka czerwone o prawidłowéj swéj barwie identycznéj z barwą siatki służy za punkt węzłowy krzyżowania się włókienek. W pewnych miejscach oczka siatki giną, a włókienka ziarniste zastąpione są masą ziarnistą téjże barwy. Opierając się na moich poprzednich spostrzeżeniach, nie waham się i w tym razie widzieć w tem *reticulum* pewną przemianę ciałek czerwonych, polegającą na tem, że istota barwiąca ciałka czerwone (kwestyję, czy jestto hemoglobina pozostawiam na uboczu) opuszcza takowe i gromadzi się w pewnych punktach, że w pewnych ciałkach istota ta zostaje i one stanowią potem te miejsca, gdzie nie przyszło do utworzenia oczek. Składników komórkowych może być bardzo nieznaczna ilość, a mogą to być tylko leukocyty w oczkach owéj siatki ułożone lub w jéj punktach węzłowych. Komórek epitelijoidowych może być brak zupełny. Te ostatnie mogą leżeć głównie w częściach obwodowych, a leukocyty w środkowych lub pomięszane w równéj liczbie tak na obwodzie jak i w środku. Szczególnie jądra epitelijoidowe są bardzo ubogie w chromatynę, nigdzie ani śladu mitoz. Komórki olbrzymie, jeżeli się znajdują, mają absolutnie te same własności, jak w oczkach rdzenia bzowego Przeważa w nich tylko ułożenie obwodowe jąder. Gruzełek taki zwłaszcza gdy zawiera nieznaczną liczbę jąder, a może to mieć miejsce nawet w większych gruzełkach, na preparatach alkoholowych szczególnie niedostatecznie cienkich, może nam się przedstawiać jako gruzełek już zserowaciały, gdy tymczasem w rzeczywistości on nigdy innym nie był. Już same jądra, jakie w takim gruzełku napotykamy, mianowicie ich ostre zupełnie kontury, przemawiają przeciw zanikowi i rozpadowi innych, przeciw przypuszczeniu, że musiało ich tu być kiedyś więcéj. Przyjąć musimy, że mamy przed sobą gruzełek w pierwszych okresach rozwoju. Jeżli moje przypuszczenie jest słusznem, to powinniśmy znaleźć gruzełki w okresie rozwoju jeszcze wcześniejszym, gdzie gruzełek przedstawia się raczéj jak zwykłe ognisko krwotokowe, gdzie ciałka czerwone nie uległy jeszcze przemianie siatkowatéj. I rzeczywiście takie gruzełki napotykamy. Obraz ich przedstawię poniżéj w innych narządach.

Zkąd pochodzą jądra podobne do leukocytów i epitelijoidowe w gruzełku? Na podstawie danych z poprzednich moich spostrzeżeń nie trudno odpowiedzieć na to pytanie. Są to wszystko komórki, które swoję istotę chromatyczną jąder zawdzięczają pewnéj nieznanéj dotąd przemianie chemicznéj ciałek czerwonych. Dlaczego w pewnych razach wielka ilość ciałek czerwonych wytwarza leukocyty, w innych razach siatkę, kwestyję tę musimy pozostawić otwartą. Co do komórek epitelijoidowych gruzełka, to bezwątpienia są to obrzmiałe leukocyty. Jeden rzut oka na gruzełek powyżéj opisany wyklucza wszelkie inne ich pochodzenie. Widzieliśmy już poprzednio, jak różne rodzaje jąder powstają z małych, okrągłych i nie widzimy najmniejszego powodu uciekać się tutaj do problematycznéj proliferacyi stałych komórek. Z istniejącéj tkanki nie widzimy tu w gruzełkach ani śladu. Wszystkie jego składniki są tu nowo wytworzone; tak *reticulum* jak i jądra powstały z krwi, która opuściła naczynia krwionośne.

Od zachowania się dalszego ciałek czerwonych poza naczyniami zależą wszystkie własności gruzełka, któremu one dały początek. Widzieliśmy już w poprzednich naszych spostrzeżeniach, jak różnym przemianom ciałka czerwone poza naczyniami, częstokroć już nawet w naczyniach, ulegają, zapewne pod wpływem bliżéj jeszcze niezbadanych warunków odżywczych. Pomiędzy temi przemianami, które jako często się powtarzające mogliśmy stwierdzić, były: przemiana siatkowata o włókienkach barwy hemoglobiny, daléj przemiana drobnoziarnista barwy hemoglobiny lub bezbarwna, przemiana w istotę jednostajną bezbarwną, podzieloną na pola różnéj wielkości i kształtów za pomocą siatki, któréj włókienka były delikatnie ziarniste, a często okazywały barwę hemoglobiny. Równocześnie z temi przemianami z pewnych ciałek czerwonych powstawały leukocyty i komórki epitelijoidowe. Z wszystkiemi temi zmianami spotykamy się tutaj w gruzełkach otrzewny, a jakość ich, cechy histologiczne zależą od ilościowéj kombinacyi tych zmian. Dlatego widzieliśmy gruzełki, gdzie znaczna większość lub prawie wszystkie ciałka czerwone przemieniły się w istotę siatkowatą i drobnoziarnistą, a tylko niektóre dały początek leukocytom lub komórkom epitelijoidowym. Na preparatach alkoholowych gruzełki takie robią wrażenie zserowaciałych. W rzeczywistości jednak one nigdy innemi nie były. Inne gruzełki były bogat-

sze w składniki komórkowe charakteru jużto ciałek białych, jużto t. z. komórek epitelijoidowych. W innych wreszcie gruzełkach w oczkach siatki hemoglobinowéj znajdowała się istota jednolita najwidoczniéj powstała przez zlanie się odbarwionych ciałek czerwonych zapewne z współudziałem surowicy krwi; mamy wtedy przed sobą gruzełek, który według zdania autorów uległ t. z. zwyrodnieniu szklistemu. Ale gruzełek taki podobnie jak nibyto zserowaciały nigdy innym nie był; nie możemy zatem mówić o zwyrodnieniu w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Na samym obwodzie gruzełka i w najbliższem jego otoczeniu owa nieregularna siatka części środkowych stała się więcéj regularną. Włókienka jéj mają zazwyczaj przebieg kolisty, a w punktach węzłowych i w oczkach znaczna ilość leukocytów. Im więcéj znajdujemy tutaj leukocytów, tem delikatniejszą jest owa siatka. Jeżli gruzełki otrzewny powstają z pewnego rodzaju ognisk krwotokowych, co dla mnie nie ulega wątpliwości, to zapewne części środkowe znajdują się w odmiennych warunkach odżywczych niż części obwodowe, a wyrazem téj różnicy w odżywieniu jest to, że więcéj ciałek czerwonych na obwodzie da początek leukocytom, zresztą mogą to być leukocyty lub ciałka czerwone, które wywędrowały z sąsiednich naczyń.

Na uwagę zasługuje zachowanie się naczyń krwionośnych otrzewnowych mniejszego kalibru. Spotykamy tu mianowicie daleko większą liczbę leukocytów, niż to prawidłowemu ich stosunkowi ilościowemu do ciałek czerwonych odpowiada. Widzimy daléj często ciałka krwi czerwone z ziarnami istoty chromatycznéj. Wśród przeważających nieraz leukocytów nad ciałkami czerwonemi znajdują się i jądra epitelijoidowe. Te ostatnie zawsze nadzwyczaj ubogie w chromatynę stanowią obok nielicznych ciałek czerwonych jedyną treść naczynia krwionośnego. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Robert Koch ogłosił w 3 Nrze *Deutsche med. Wochenschrift* „Dalszy ciąg doniesień o środku przeciw gruźlicy“, które to doniesienie dla ważności jego podajemy całe w przekładzie:

„Od czasu ogłoszenia przed dwoma miesiącami moich doświadczeń nowym sposobem leczenia gruźlicy wielu lekarzy otrzymało już mój środek i mogło się w ten sposób obeznać z jego własnościami. O ile sądzić mogę z ogłoszonych dotychczas sprawozdań oraz listów do mnie wystosowanych, wyniki przezemnie wówczas podane zostały całkowicie stwierdzone. Ogólnie zgodzono się, że środek działa swoiście na tkankę gruźliczą i że skutkiem tego może być zastosowany, jako subtelny i pewny odczyn dla wykazania ukrytych i dla rozpoznania wątpliwych spraw gruźliczych. Co się tyczy leczniczego działania środka, większość badaczy oświadcza również, że pomimo względnie krótkiego trwania leczenia, u wielu chorych nastąpiło mniejsze lub większe polepszenie, a w niemałéj liczbie wypadków, jak mnie uwiadomiono, nawet osiągnięto uzdrowienie. Zupełnie oddzielnemi są głosy, które twierdzą, że środek nietylko w znacznie już posuniętych wypadkach może być szkodliwym, na co bez dalszéj dyskusyi chętnie się zgadzam, lecz, że poprostu przyspiesza proces gruźliczy, a więc jest sam przez się szkodliwym.

Od półtora miesiąca miałem sposobność poczynić na 150 chorych na gruźlicę różnego rodzaju w szpitalu miejskim w Moabicie dalsze spostrzeżenia o działaniu leczniczem i zastosowaniu rozpoznawczem owego środka i mogę tylko powiedzieć, że to wszystko, co w ostatnim czasie widziałem, pozostaje w zgodzie z dawniejszemi doświadczeniami i że nic nie potrzebuję zmieniać w tem, co poprzednio napisałem. [1])

Dopóki chodziło tylko o to, aby sprawdzić moje dane pod względem ich dokładności, nie zależało na tem bynajmniéj, co zawiera środek i jak się otrzymuje. Przeciwnie, procedura sprawdzania musiała tem dokładniéj wypaść, im mniéj znanym był środek. Teraz kiedy ilość danych, mających na celu sprawdzenie mojéj metody, jest już, o ile mi się zdaje, wystarczającą i wykazała w dostatecznéj mierze znaczenie środka, staje się najbliższem zadaniem wystudyjować środek i po za sferą jego dotychczasowego użycia, a zarazem zastosować, gdzie to jest możliwem, i w innych chorobach zasadę, która posłużyła do tego odkrycia. Badania te wymagają oczywiście zupełnego poznania środka, ztąd też uważam, że należy podać obecnie niektóre wiadomości, które też poniżéj wyłuszczam.

Zanim przejdę do samego środka leczniczego, sądzę, iż dla lepszego zrozumienia rzeczy pożądanem będzie opisać najpierw drogę, na któréj doszedłem do jego odkrycia.

Gdy zaszczepimy śwince morskiéj czystą hodowlę prątków gruźliczych, natenczas w pierwszych dniach ranka się zabliźnia i zdaje się zagajać; dopiero po 10—14-tu dniach powstaje twardy guziczek, który wkrótce się otwiera i do czasu śmierci zwierzęcia przedstawia się w postaci wrzodu. Inaczéj rzecz się ma jednak, gdy szczepimy już chorą na gruźlicę świnkę morską. Najlepiéj służą do tego celu zwierzęta, które ze skutkiem szczepiono przed 4—6-ciu tygodniami. U takiego zwierzęcia z początku ranka również się goi, ale nie tworzy się guziczek; lecz następnego lub drugiego dnia po zaszczepieniu występują szczególne zmiany w miejscu uprzedniego szczepienia. Staje ono się twardem i przyjmuje ciemniejszą barwę; twardość i ściemnienie rozszerzają się na przestrzeni 0·5—1 ctm. średnicy. W następnych dniach pokazuje się coraz wyraźniéj, iż kawałek skóry, tak zmieniony, obumiera, wreszcie oddziela się i pozostawia płaskie owrzodzenie, które zwykle trwale i szybko się goi; sąsiednie gruczoły limfatyczne przytem nie ulegają zakażeniu. Prątki gruźlicze wywierają w ten sposób całkiem inny wpływ na skórę świnki zdrowéj, niż na skórę świnki dotkniętéj gruźlicą. Dziwna ta właściwość istnieje nietylko u żywych, lecz i u zabitych prątków gruźliczych, bez różnicy, czy zostały one zabite za pomocą niezbyt wysokiéj ciepłoty przez czas dłuższy, lub też przez krótkotrwałe ogrzanie do ciepłoty wrzenia, czy wreszcie przez działanie istot chemicznych.

Gdym spostrzegł ten dziwny fakt, starałem się go zbadać we wszystkich możliwych kierunkach; wkrótce też doszedłem, iż zabite hodowle prątków gruźliczych roztarte z wodą, mogą być zastrzyknięte pod skórę świnki morskiéj zdrowéj w bardzo wielkiéj ilości, bez wywołania jakiejbądź szkodliwéj reakcyi, z wyjątkiem mniéj lub więcéj wyraźnego ropienia w miejscu szczepienia. Gruźlicą dotknięte świnki morskie już po zastrzyknięciu nieznacznych ilości takich hodowli umierają stosownie do dawki w ciągu 6—48 godzin. Dawka, niewystarczająca do zabicia zwierzęcia, może sprowadzić obumarcie skóry na znacznéj przestrzeni wokoło miejsca szczepienia. Jeżeli mieszanina zostaje jeszcze bardziéj rozcieńczoną tak, iż zaledwo widocznie mętną się wydaje, natenczas zwierzęta zostają przy życiu i przy powtarzaniu zastrzykiwań co 2—3 dni, pojawia się wyraźna poprawa w ogólnym stanie szczepionego zwierzęcia; owrzodziałe miejsce zmniejsza się i wreszcie zupełnie się zabliźnia, co nigdy się nie zdarza bez takich zastrzyknięć; obrzmiałe gruczoły zmniejszają się, odżywienie zwierzęcia się poprawia i sprawa gruźlicza, jeżeli nie była zbyt daleko posuniętą i zwierzę nie jest zbyt osłabione — zostaje całkowicie wyleczoną. W ten sposób otrzymałem podstawę do wynalezienia metody leczenia gruźlicy. Użycie jednak w tym celu zabitych hodowli prątków gruźliczych o tyle było niedogodnem,

[1]) Co się tyczy trwałości wyzdrowienia, pozwalam sobie tutaj przytoczyć, że z owych chorych, którzy przezemnie wskazani zostali jako wyleczeni, dwóch zostało przyjętych na nowo do szpitala miejskiego w Moabicie dla dalszych nad nimi obserwacyj i że od trzech miesięcy nie ukazały się wcale laseczniki w ich plwocinie; również objawy fizykalne znikły u wzmiankowanych chorych zupełnie.

że w miejscu zastrzyknięcia stale tworzyły się mniejsze lub większe ropnie.

Istota, która przy takiem postępowaniu działa leczniczo, musi być zatem materyją rozpuszczalną, materyją, która rozpuszcza się w płynach ciała, otaczających zabite bakteryje, i ulega wessaniu, gdy tymczasem substancyja, powodująca ropienie, pozostaje w bakteryjach i tylko powoli z nich zostaje wyciągniętą.

Chodziło więc teraz o to, ażeby po za ustrojem leczonym oddzielić substancyję leczniczą i otrzymać ją w stanie możliwéj czystości. Zadanie to kosztowało wiele zachodu i czasu, zanim wreszcie udało mi się za pomocą 40—50% roztworu gliceryny oddzielić istotę działającą prątków gruźliczych. Otrzymane w ten sposób płyny były właśnie tem, co zastosowałem przy dalszych próbach na zwierzętach i wreszcie na człowieku, oraz co otrzymali lekarze do dalszych prób.

Środek, z którym nowa metoda leczenia gruźlicy zostaje wykonaną, jest więc glicerynowym wyciągiem czystych hodowli prątków gruźliczych.

Do roztworu przechodzą naturalnie prócz działającéj istoty wszystkie inne rozpuszczalne w 50% glicerynie; znajdują się tam więc pewne ilości soli mineralnych, barwików i inne nieznane istoty wyciągowe. Niektóre z nich można ztąd dość łatwo usunąć. Mianowicie istota działająca jest nierozpuszczalną w bezwodnym wyskoku i może być za pomocą takowego, jakkolwiek w stanie niezupełnie czystym, zawsze w połączeniu z innemi w wyskoku nierozpuszczalnemi istotami z roztworu strąconą. Barwiki również można usunąć tak, iż można otrzymać bezbarwną suchą pozostałość, która zawiera działającą istotę w postaci daleko bardziéj stężonéj, niż w pierwotnym glicerynowym roztworze. Dla użycia w praktyce oczyszczanie glicerynowego roztworu zupełnie nie jest potrzebnem, gdyż oddzielone w ten sposób ciała są dla ustroju człowieka obojętne, a więc oczyszczanie niepotrzebnie utrudnia i droższem czyni otrzymanie samego środka.

Co do składu chemicznego działającéj istoty, na teraz można tylko robić przypuszczenia. Zdaje się być ona derywatem ciał białkowatych i być do nich zbliżoną; nie należy jednak do grupy toks-albuminów, gdyż wytrzymuje wyższą ciepłotę i przechodzi łatwo przez dyjalizator. Ilość substancyi, znajdowanéj w wyciągu, zdaje się być bardzo małą; sądzę, iż nie jest większą od ułamka 1 procentu. Jeżeli zatem moje przypuszczenie się sprawdzi, mamy do czynienia z istotą, działającą na ustrój gruźlicą dotknięty w sposób przewyższający wszelkie znane dotąd środki lecznicze.

Co do sposobu działania środka na tkankę gruźliczą, można postawić różne hypotezy. Nie twierdząc bynajmniéj, ażeby zdanie moje było najbardziéj dokładnem tłómaczeniem istoty rzeczy, przypuszczam następujący sposób działania. Prątki gruźlicze, rosnąc w żywych tkankach i na sztucznych glebach, wytwarzają pewne produkta, które działają w różny sposób na tkanki, otaczające zarazek. Znajduje się wpośród nich produkt, który w pewnem stężeniu zabija żywą zaródź komórek, lub też zmienia ją w sposób zwany przez Weigerta nekrozą koagulacyjną. W tkance obumarłéj prątek znajduje tak niedogodne warunki życiowe, iż nie może daléj się rozwijać, a nawet w końcu umiera. W ten sposób objaśniam niezwykłe zjawisko, polegające na tem, iż podczas gdy w narządach świeżo dotkniętych gruźlicą, n. p. w szarych guzkach w śledzionie lub wątrobie świnki morskiéj, znajdujemy liczne prątki gruźlicze — nie znajdujemy ich wcale lub też bardzo skąpo w śledzionie silnie zmienionéj, złożonéj z białawéj masy w stanie koagulacyjnéj nekrozy, jak to często bywa przy śmierci naturalnéj dotkniętych gruźlicą świnek morskich.

Na dalekie odległości prątek nie może oddziaływać, powodując obumarcie, gdyż, jak tylko nekroza zajęła pewną przestrzeń, wzrost bakteryj i produkcyja istoty, powodującéj obumarcie, ustaje i występuje pewnego rodzaju wzajemna kompenzacyja, która sprawia, iż wyrastanie laseczników staje się tak ograniczonem, jak n. p. w liszaju, w gruczołach skrofulicznych itd. W tym wypadku obumarcie dotyczy tylko pewnéj części jednéj komórki, która następnie przyjmuje postać komórki olbrzymiéj.

Jeżeli teraz w otoczeniu prątka sztucznie powiększamy w tkance zawartość istoty, powodującéj obumarcie, takowe rozszerza się coraz daléj i warunki życiowe prątków gruźliczych zostają coraz więcéj utrudnione. Następnie obumarłe tkanki częściowo ulegają rozkładowi i zostają wydalone, częściowo rozwój prątków zostaje tak upośledzony, iż umierają wpośród tkanek daleko prędzéj, niż się to dzieje w zwykłych warunkach.

Na wywoływaniu takich właśnie zmian polega, o ile sądzę, działanie nowego środka. Zawiera on pewną ilość, wywołującéj obumieranie tkanek istoty, któréj dawka dość duża nawet u zdrowych powoduje pewne uszkodzenia w komórkach, zapewne białych ciałkach, lub też w tworach im pokrewnych, wywołując w ten sposób gorączkę i inne objawy. U osobnika, gruźlicą dotkniętego, wystarcza już daleko mniejsza ilość, ażeby w pewnych miejscach, gdzie się rozwijają prątki gruźlicze i gdzie już się wytwarza produkt, wywołujący obumieranie tkanek, sprowadzić właściwe zmiany miejscowe i ogólne. W ten sposób, zdaje się, można objaśnić przynajmniéj na teraz właściwy wpływ środka na tkankę gruźliczą oraz możność podniesienia dawek do takich ilości i tak szybko, ażeby w pewnych i dogodnych warunkach otrzymać wyraźne i niezaprzeczenie uzdrawiające własności środka".

---

* Otrzymaliśmy następujące pismo:

Wielmożny Panie Redaktorze!

Leczenie gruźlicy sposobem Kocha, a szczególnie dyskusyje pro i contra, które teraz wszystkie umysły zajmują, a mianowicie wykłady Dra Uspańskiego i niejakiego R. (referent nazwiska całego nie podaje) o leczeniu suchot zapomocą znanych wstrzykiwań Brown-Sequarda (*Intern. klin. Rundschau* Nr. 1 z r. 1891), powodują mnie ogłosić następujący wypadek z praktyki, jako illustracyję chyba słów Hufelanda: *„die Krankheiten heilen trotz mit und ohne Heilmittel"*.

Od czasu otwarcia zakładu krowiankowego przez p. Freysingera w Lisku, korzystaliśmy lekarze okoliczni szczepiący z limfy tegoż zakładu; bo każdy wołał szczepić krowianką bardzo tanio, a czasem nawet darmo dostarczaną, niż się wdawać w mozolne i uciążliwe targowanie się z matkami, które i bardzo słusznie wzbraniały się pozwolić zbierać limfę ze swoich dzieci. Gdym szczepił we wsi Raczkowéj (p. Sanok), między innemi przyniesiono mi dziecko roczne prawie, które po przebyciu kokluszu było strasznie wynędzniałe, „tylko skóra i kości", brzuch wzdęty, oczy zapadłe, jednem słowem istny obraz suchot dziecięcych *in ultimis*; naturalnie że dziecka takiego szczepić nie chciałem, ale że matka jakoś prawie się napierała żeby i jéj dziecko zaszczepiono, zaszczepiłem takowe. Przy rewizyi już mnie uderzyło, że krowianka bardzo dobrze się przyjęła i że wejrzenie dziecka było znacznie lepsze. — Po upływie kilku tygodni byłem znowu w tejże wsi, a wtedy z własnéj inicyjatywy i dziękując, pokazała mi włościanka swoje zupełnie zdrowe i wyśmienicie odżywione dziecko. — Podaję fakt bez komentarzy, gdyż ani suchoty nie były przez mikroskop udowodnione, ani nie wiem co w krowiance działało. Od tego czasu pomny przypadku opisanego, oraz wychodząc z założenia, że cherlak nieszczepiony prędzéj jeszcze może dać powód do wybuchu epidemii ospy, szczepię i źle odżywione dzieci, notabene jeźli matki temu nie bardzo się opierają i zdaje mi się, że wynik nie jest zawsze ujemny, szczególnie powtarzam zdaje mi się, że na przebieg nieżytów oskrzelowych chronicznych powstałych po kokluszu lub odrze, gdzie obawa o gruźlicę zachodzi, szczepienie krowianką dodatnio działa.

Zostaję i t. d. *Dr. B. G.*

Trembowla 14/I 1891.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 listop. 1890 roku.

Przewodniczący: kol. Mars. — Obecnych członków 30.

1) Przewodniczący w krótkiem przemówieniu oddał hołd zasługom Kocha, zaznaczając, jak żywy udział w sprawie jego odkryć wzięło nasze Towarz., którego kilku członków do Berlina pospieszyło.

2) Kol. Surzycki po powrocie z Berlina podzielił się swemi na miejscu poczynionemi spostrzeżeniami (rzecz ta była już ogłoszona w „Przeglądzie Lekarskim“).

W dyskusyi kol. Browicz na podstawie znanych oświadczeń Kocha zaznaczył sposób działania limfy Kocha na ogniska gruźlicze, któréj wpływ zbawienny przy ogniskach na powierzchni położonych już teraz oddaje usługi, a działanie przy gruźlicy części głębszych zależeć będzie od téj okoliczności, czy i u człowieka jak u morskiéj świnki da się osiągnąć przez dłuższe wstrzykiwanie *immunitas* na jad gruźliczy.

Kol. Obaliński zwraca uwagę na doniosłość wstrzykiwań, gdyby niemi *immunitas* osiągnąć się dawała jako metody ochronnéj n. p. u osób dziedzicznie obciążonych.

W dalszéj dyskusyi zabierali głos koll.: Zaręba, Bossowski, Krokiewicz.

3) Jednozgodnie przyjęto na członków Tow. przez Komitet przedstawionych koll.: Chróbskiego Stanisława, Dekańskiego Stan. i Rosnera Aleksandra.

4) Kol. Obaliński pokazał nerkę wyjętą u choréj z powodu pyonefrozy, wywołanéj kamieniami nerkowemi w nerce wędrującéj.

5) Kol. Browicz okazał ciekawy preparat ropnia wątroby pierwotnego, zupełnie przypominający utkanie wieńcoglówki wielokomórkowéj. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

1) Okręty bezpośrednio pochodzące z Dżeddy lub Jambo prócz 20-dniowéj kwarantany w El-Thor w Egipcie, udając się z powracającymi pielgrzymami na morze Śródziemne, będzie się jeszcze poddawało obserwacyi lekarskiéj w jednym z portów tureckich, posiadających lazaret, a mianowicie: w Beyrucie, Smyrnie i Kameranie, stosownie do kierunku w jakim się udają.

2) Czas trwania obserwacyi pielgrzymów i okrętów jest okres dni dziesięciu, od chwili wejścia podróżnych do lazaretu.

3) Okręty, na których w czasie przejazdu zaszły przypadki cholery, podlegają dodatkowej kwarantanie przez dni piętnaście, i nie mogą opuścić wyżéj wymienionych przystani, jak tylko wskutek wyłącznego upoważnienia ze strony zarządu służby zdrowia.

4) Wszystkie inne okręty przybywające w warunkach zdrowotnych niepodejrzanych, podlegają tylko wizycie lekarskiéj, odbywanéj w Dardanellach, dla okrętów skierowujących się ku Stambułowi.

5) Dla pielgrzymów, powracających lądem, posterunki obserwacyjne są ustalone na pograniczu pustyni między Arabiją i Mezopotamiją, i w okolicach Damaszku dla karawan, powracających z prowincyi Hedżaz. Na tych przystankach pielgrzymi podlegają 10-dniowéj kwarantanie, przedłużonéj w razie zauważonego przypadku cholery.

6) Wreszcie przepisów odnośnych do liczby pielgrzymów, ładowanych na okręty przewozowe, powinni kapitanowie statków ściśle przestrzegać.

Z powyższego widzimy, że za podstawę w redagowaniu najnowszych przepisów, dotyczących ostrożności sanitarnych z pielgrzymami powracającymi z Mekki, służyło przekonanie, że nikt nie sprzeciwi się ich wykonaniu. Tak bowiem bywało w latach wolnych od zarazy. Zaszło jednak co innego przy tegorocznym przewozie pielgrzymów. Przedsiębiorcy bowiem samego przewozu, a głównie komendanci parostatków zebranych w Dżedda, zawiadomieni o nowych formalnościach, jakim mają się poddać, odmówili przyjmywania na pokład pielgrzymów, mianowicie powracających do Indyj. W ten sposób opóźniając odjazd interesowanych, przyczynili się, że w ciągu paru dni zebrało się przy Dżedda przeszło 15 tysięcy pielgrzymów, jak już zanotowałem, z całym pospiechem wymykających ze świętych miast Islamu zaraz po skończonych tam uroczystościach. Nie mogąc wsiąść na okręty cała ta masa jako pochodząca z punktów zakażonych, musiała poddać się obserwacyi lekarskiéj i wkrótce przeobraziła się w olbrzymi lazaret, w którym cholera zabierała dziennie do stu osób. Jednakże zaraza w Dżedda szerząc się z nadzwyczajną złośliwością trwała tylko dni kilka, bo od 2 do 9 sierpnia. Od tego dnia bowiem położenie zatrzymanych w lazarecie zaczęło się polepszać i jakkolwiek obserwowano jeszcze pojedyncze przypadki cholery, to jednak stosunek ich tak był nieznaczny, że przedsiębiorcy przewozu skłonili się wreszcie do przyjmowania na okręty tego żywego ładunku. Udając się z nim do kraju odległego wschodu, okręty są obowiązane ponownie zawijać do Kameranu, gdzie odbywszy 10 dniowy wypoczynek, nabywają prawo do swobodnego przebycia ciaśniny Bab-el Mandeb. Z tego to powodu i pobyt komisyi sanitarnéj w Kameranie zostanie przedłużony aż do chwili, dopóki ostatni okręt z pielgrzymami udającymi się na południe nieopuści wód morza Czerwonego. Potrwać to może kilka tygodni.

Zgodnie z powyższym regulaminem i rząd egipski dla pielgrzymów powracających z Mekki w kierunku Suezu, naznaczył 15-dniową kwarantanę w El-Thor. W zwykłych czasach wolnych od epidemii, miejscowość ta posiada urząd sanitarny i lazaret, składający się z kilku drewnianych zabudowań. Służbę powierzono jednemu lekarzowi. Na dziś jednak i ze względu na znaczną liczbę pielgrzymów przybywających z Dżeddy, personal służbowy został tu powiększony przysłaniem trzech lekarzy egipskich. Obowiązkiem tych ostatnich jest leczenie chorych w lazaracie, podczas gdy dwóch lekarzy oddzielonych z komisyi w Kameranie, pod dyrekcyją delegata ottomańskiego przy międzynarodowym zarządzie zdrowia w Aleksandryi, zajmuje się przyjmowaniem pielgrzymów, oddzielaniem chorych i rozmieszczaniem pozostałych pod namiotami lub też w szopach wyłącznie na to przeznaczonych.

Po odbyciu kwarantany ci z pielgrzymów, którzy powracają do Egiptu, są jeszcze poddawani przeglądowi lekarskiemu na wysepce Mojżesza. Jeżeli stan ich zdrowotny uznano za zadowalniający, wtedy następuje przewóz podróżnych na ląd, a następuje końmi lub wielbłądami o dwanaście mil poniżéj Suezu, zkąd każdemu wolno już powracać do miejsca zamieszkania. Jednocześnie wzbroniono udawania się na przypadający w połowie sierpnia doroczny targ w mieście Tauba, zwykle bardzo licznie odwiedzany i jako zbiegowisko najrozmaitszych plemion północnéj Afryki mogący stać się powodem do pogorszenia się i tak nieszczególnych warunków zdrowotnych w okolicach dolnego Egiptu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 stycznia. W skutek zawiadomienia Wys. Ministerstwa oświaty, że w wydz. lek. Uniw. Jagiell. systemizowaną została katedra nadzwyczajna higijeny, Wydział lek. na ostatniem swem posiedzenia wybrał komisyję, mającą przedstawić Wydziałowi odpowiednich na tę katedrę kandydatów. W skład téj komisyi wchodzą proff. Korczyński, Blumenstok, Browicz, Cybulski i Rydygier.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dn. 21 b. m. przemawiał nowo obrany Przewodniczący Prof. Dr. Gluziński, dziękując za wybór; i powitał jako gościa kol. Bujakowskiego z Druskiennik (Litwa).

Kol. Hempel przedstawił preparat anatomiczny z zakładu anatom. pat. Prof. Dra Browicza. Kol. Obaliński i Kryński mieli zapowiedziane wykłady, które ożywioną wywołały dyskusyję.

* Dr. Franciszek Szumann zamianowany został drugim elewem przy klinice chirurgicznéj w Krakowie.

* W skutek wezwania Wydziału krajowego we Lwowie Wydział lek. na ostatniem posiedzeniu wybrał prof. Blumenstoka członkiem komisyi opieki nad obłąkanymi we Lwowie, i tegoż członka wyznaczył do ankiety, mającéj zbadać zakład Kulparkowski pod względem urządzeń lekarskich i administracyjnych, oraz uczynić wnioski celem doprowadzenia zakładu kulparkowskiego do stanowiska odpowiadającego jego celom humanitarnym i przepisom nauki lekarskiéj.

* **Lwów.** Towarzystwo lekarzy galicyjskich wybrało na r. 1891 prezesem Dra Ziembickiego młodszego, wiceprezesem Dra Karola Smutnego, sekretarzem Dra Mukiewicza, gospodarzem Dra Longchampsa. Członkami bióra i delegatami na walne zgromadzenie wybrani: Dr. Karol Dębicki, Dr. Sialski, Dr. Mahl i Dr. Klemens Dębicki.

* W tygodniu 1 (4/1—10/1) było w Krakowie małżeństw 16, urodzeń 71, skonów 46; z tych z gruźlicy 15, z zap. płuc 15, z płonicy 1, z błonicy 1, z duru 1.

(o) Francuski minister oświaty ma zamiar wydać rozporządzenie, mocą którego słuchacze medycyny tylko wtedy zostaną dopuszczeni do wpisu, jeżeli urzędowem świadectwem dowiodą, że są ponownie szczepieni. Uczniowie już zapisani muszą też poddać się rewakcynacyi.

(o) C. k. Namiestnictwo we Lwowie rozesłało lekarzom w ubiegłym tygodniu rozporządzenie Ministerstwa spraw wewn. tyczące się przepisów w sprawie stosowania „kochiny“.

⁂ Na pielęgnacyję umysłowo chorych w Moskwie ofiarował F. J. Jermakow 300.000 a W. E. Morszow 20.000 rubli.

Mianowania i odznaczenia. — **Hala.** Prof. Hering, z Strasburga zamianowany został profesorem nadzwyczajnym. — **Wiedeń.** Nadzw. prof. Dr. Weidel mianowany profesorem chemii ogólnéj i farmaceutycznéj. — **Würzburg.** Wydział lekarski oddał nagrodę Rineckera 1000 marek i złoty medal prof. Kochowi. — **Neapol.** Akademija lekarsko-chirurgiczna zamianowała Kocha członkiem honorowym. — **Berlin.** Dr. S. Guttmann, wydawca *„Deutsch. med. Woch.“*, otrzymał tytuł tajnego radcy zdrowia. — **Petersburg.** Prof. okulistyki w Akad. wojsk. lek. Dr. W. J. Dobrowolski po wysłużeniu 25 lat, mianowany został jeszcze na dalsze 5 lat profesorem. — Na opróżnioną katedrę patologii ogólnéj w Akad. wojsk. lek. przez prof. Paszutina, jako kandydaci proponowani są profesorowie: Kostjurin (Charków) i Albicki (Tomsk). — Dr. M. M. Tszelcow habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj.

(o) **Nekrologija.** W Londynie zmarł prof. anatomii John Marschall, członek Royal Society i prezes General Medical Council. — W Berlinie umarł docent prywatny ginekologii, tajny radca zdrowia Dr. Louis Mayer (szwagier prof. Virchowa).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj. — Posada nadaną będzie od dnia 1 go kwietnia b. r. na dwa lata. — Podania wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do 1-go marca b. r.

Kraków dnia 16 stycznia 1891 r.

Rydel, t. c. dziekan.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 31 Stycznia 1891. Nr. 5.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj krakowskiéj.

Wyniki dotychczasowych doświadczeń nad działaniem szczepianki Kocha na płuca chorych dotkniętych gruźlicą płuc.

Podał
Prof. Dr. Korczyński.

Zestawiwszy w Nrze 2 „Przegl. Lek.“ z r. b. wyniki wspólnie z Prof. Adamkiewiczem podjętych doświadczeń nad szczepianką Kocha ze względu na działanie tego środka na śledzionę, wątrobę i ciężar ciała ludzi zdrowych, a w Nrze 3 „Przegl. Lek.“ wyniki spostrzeżeń moich co do działania szczepianki Kocha na płuca osób zupełnie zdrowych lub dotkniętych zwykłym niegruźliczym nieżytem oskrzelowym, przedstawiam obecnie dotychczasowy wynik moich spostrzeżeń co do wpływu tego środka na płuca gruźlicze.

Spostrzeżenia te obejmują okres czasu począwszy od 20 listopada 1890 roku. Podaję je dla krótkości w postaci wniosków, bez przytaczania odnośnych historyj chorób i z tem wyraźnem zastrzeżeniem, że mam na myśli jedynie tylko gruźlicę płuc.

W przeważnéj części takich przypadków, gdzie badanie fizyczne wykazywało zmiany odpowiadające gruźlicy płuc, a w plwocinach znajdowały się prątki gruźlicze, zauważałem po wstrzykiwaniach szczepianki Kocha zmiany reakcyjne w płucach. Zmiany te powstają staléj u chorych z gruźlicą płuc, aniżeli u osób z płucami zupełnie zdowemi lub u chorych z niegruźliczym nieżytem oskrzelowym.

1) Zmiany wypukowe, stósownie do mniejszéj lub większéj dawki limfy i stósownie do osobniczéj dyspozycyi, która na razie nie da się określić, przedstawiają się w rozmaitych postaciach, które dadzą się ugrupować w następujące główne typy:

a) w miejscach poprzednio stłumionych po jawić się może większe nasilenie stłumienia;

b) w częściach płuc położonych poniżéj pierwotnego stłumienia powstaje często odgłos bębenkowy, lub przytłumiono-bębenkowy, albo też stłumiony, a to ostatnie częściéj wtedy, jeżeli się we wcześniejszych naciekowych okresach gruźlicy stosuje dawki większe (0·005 do 0·020) lub w późniejszych rozpadowych okresach gruźlicy płuc, dawki małe (0·001 do 0·005),

c) w częściach przybrzeżnych płuc, osobliwie na przednim lub dolnym brzegu płuc od przodu pojawić się może odgłos bębenkowy jawny i wysoki;

d) powstać może rozdęcie płuc (*Lungenblaehung)*, objawiające się obniżeniem się granic dolnych odgłosu jawnego płuc i powstawaniem na brzegach dolnych i wewnętrznych płuc odgłosu bębenkowego. Rozdęcie to, wkrótce ustępujące, na które nikt dotąd nie zwrócił uwagi, zauważyłem niekiedy nawet w takich przypadkach, w których reakcyja w płucach nie dochodziła do stłumienia reakcyjnego, ale ograniczała się tylko do odgłosu bębenkowego lub przytłumiono-bębenkowego;

e) w częściach odległych od tych ognisk gruźliczych w płucach, które dadzą się wykazać wypukiem i przysłuchem, a niekiedy po stronie płuca, które według dotychczasowych metod badania fizycznego uważać należy jako zdrowe, pojawić się może reakcyjna zmiana w odgłosie wypukowym w postaci odgłosu bębenkowego, którego poprzednio nie było, albo też nowego przytłumienia, lub zupełnego stłumienia. Zmiany te najczęściéj powstają w częściach dolnych płuc i to we wcześniejszych, nierozpadowych okresach gruźlicy płuc po dawkach większych (0·005—0·020), zaś w późniejszych okresach rozpadowych i hektycznych nawet po dawkach mniejszych (0·0005—0·005).

Pierwotne zmiany reakcyjne wypukowe, — jeżeli się wogóle zjawiają, polegają więc na zwiotczeniu miąższu płucnego, na chwilowem rozdymaniu się płuc osobliwie na brze-

gach i na mniejszem lub większem zagęszczeniu się części płuc nawet w znacznéj odległości od pierwotnych ognisk gruźliczych, wreszcie na więcéj nasilonem przytłumieniu w miejscach poprzednio stłumionych. Trwają one bardzo krótko i rychło mijają, albo też utrzymują się dni kilka (3—7 a nawet i dłużéj) mimo zaprzestania dalszych injekcyj. Występują one albo zaraz przy pierwszych, albo dopiero przy następnych injekcyjach. Nazywam je reakcyjnemi zmianami wypukowemi a o tyle tylko przypisuję im do pewnego stopnia znaczenie dyjagnostyczne, o ile według moich dotychczasowych spostrzeżeń przydarzają się częściéj przy dawkach małych u osób gruźliczych, aniżeli przy dawkach większych u osobników niegruźliczych

Wyjątkowo tylko u chorych z niewątpliwą gruźlicą płuc nie nastają żadne zmiany reakcyjne wypukowe w płucach.

2) Tym zmianom wypukowym w przeważnéj liczbie przypadków gruźlicy płuc towarzyszą pewne zmiany przysłuchowe. Przedstawiają się one rozmaicie, stósownie do wysokości dawki limfy, stopnia gruźlicy i szybkości przebiegu choroby, daléj stósownie do tego, czy i w jakiéj ilości istniały poprzednio rzężenia w płucach i jakiego rodzaju pojawiły się reakcyjne zmiany wypukowe:

a) w przypadkach, gdzie zmiana reakcyjna w odgłosie wypukowym ogranicza się tylko do odgłosu bębenkowego, tam szmer wdechowy zazwyczaj (w 6—10 godzin po injekcyi) się osłabia, a szmer wydechowy zazwyczaj również staje się słabszy. Osłabienie to albo jest trwałem, albo też przemijającem, to jest znika po kilkunastu głębokich wdechach, albo po kaszlu. Zazwyczaj dopiero nazajutrz lub dnia trzeciego po injekcyi szmery oddechowe stają się prawidłowe lub się nawet zaostrzają. Takie zachowanie się szmerów oddechowych zdaje się być prawie regułą w częściach przybrzeżnych płuc, jeżeli nad niemi pojawia się reakcyjny odgłos bębenkowy. Zaostrzanie się szmerów oddechowych już od samego początku pojawiania się reakcyjnych zmian wypukowych zdarza się mniéj często;

b) wśród tych warunków pojawiają się niekiedy trzeszczenia wdechowe i furczenia osobliwie w częściach przybrzeżnych;

c) jeżeli gdziekolwiek powstaje przytłumienie reakcyjne odgłosu wypukowego, tam zazwyczaj szmery zaostrzają się, niekiedy zjawia się krepitacyja lub nierównobańkowate rzężenia, lub zwiększa się liczba rzężeń, jeżeli one w tem miejscu poprzednio istniały, a nawet powstają one i w miejscach sąsiednich;

d) niekiedy reakcyjnemu przytłumieniu odgłosu bębenkowego nie towarzyszą żadne wyraźne zmiany przysłuchowe;

e) jeżeli reakcyja w płucach posuwa się do stłumienia odgłosu wypukowego na miejscu, gdzie poprzednio był odgłos jawny, w takim razie w tych miejscach powstać może wydech oskrzelowy, albo też wdech i wydech oskrzelowy z drobnemi rzężeniami lub bez takowych, albo tylko z furczeniami;

f) nad miejscami, które przed injekcyjami dawały objawy zagęszczeń gruźliczych lub kawern, po pierwszych injekcyjach ilość rzężeń częściéj się zwiększa, rzadziéj maleje, a dawniejsze szmery oddechowe ulegają rozmaitym zmianom; a więc stają się albo głośniejsze, albo mniéj wyraźne;

g) nawet w takich miejscach, gdzie nie nastaje żadna zmiana wypukowa, jako objaw reakcyjny pojawić się mogą furczenia lub drobne równo- lub nierównobańkowe rzężenia.

Przysłuchowe zmiany reakcyjne przydarzają się z mniejszą stałością, aniżeli reakcyjne zmiany wypukowe. Znikają one niekiedy wcześniéj od zmian wypukowych, niekiedy zaś trwają dłużéj.

Jeżeli uważa się tylko na reakcyję gorączkową i wstrzykuje się szczepiankę według pierwotnego polecenia Kocha w ten sposób, że się potęguje dawki, skoro tylko chory na dawkę mniejszą przestaje oddziaływać stanem gorączkowym, w takim razie reakcyjne objawy mogą być zupełnie podobne do tych objawów, jakie zauważa się w zapaleniu płuc, a więc zmniejszenie się lub zniknięcie rzężeń przy pojawieniu się oddechu oskrzelowego, późniéj zniknięcie oddechu oskrzelowego, a pojawienie się nierównobańkowych rzężeń. Szczegóły te bardzo dokładnie opisał Gluziński w „Przegl. Lek.“, Nr. 51 z dnia 19/12 1890 i w „Wiener klin. Wochenschrift“, Nr. 52 z r. 1890. Zwróciłem na nie uwagę już na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 3/12 1890, a opisał je asystent kliniczny Dr. Surzycki w Nrze 52 „Przeglądu Lek.“ na podstawie dwóch dokładnie obserwowanych przypadków.

3) Powyż przedstawionym zmianom wypukowym i przysłuchowym w płucach towarzyszą niekiedy objawy podrażnienia opłucny i osierdzia. Wypocinowego zapalenia osierdzia dotąd nie widziałem, jedynie tylko tarcie osierdziowe, które trwać może dni kilka lub kilkanaście i odpowiada suchemu zapaleniu osierdzia. Podrażnienie opłucny stwierdzić można częściéj, nawet po dawkach małych; objawia się ono tarciem opłucnowem. Po dawkach większych 0·010 do 0·020 pojawić się może nawet zapalenie wypocinowe opłucny, które utrzymywać się może tydzień, a nawet i dłużéj.

4) Jeżeli już poprzednio istnieje wypocina opłucnowa, to takowa albo się wzmaga, albo pozostaje nie zmieniona, albo też z surowiczéj zamienia się na ropną, albo też może się nawet zmniejszyć. Wyraźnego wpływu na odmę piersiową dotąd nie zauważyłem. Zdaje się, że się powiększa pod wpływem injekcyj.

5) Wszystkie te zmiany nie stoją w bezwzględnie ścisłym stosunku do odczynu gorączkowego. Niekiedy odczyn gorączkowy jest bardzo znaczny, a pociąga za sobą tylko bardzo nieznaczne zmiany reakcyjne w narządzie oddechowym, w innych przypadkach chory nie reaguje wcale gorączką, a mimo to stwierdzić się dają zmiany reakcyjne w płucach tak, jak to już poprzednio zauważył Pribram („Prag. med. Woch.“, Nr. 51, 1890). Nie można jednak zaprzeczyć, że największe zmiany reakcyjne w płucach zdarzają się najczęściéj u tych chorych, którzy reagują wybitnym stanem gorączkowym.

6) Zmiany reakcyjne w płucach są zazwyczaj najwybitniejsze w 20—28 godzin po injekcyi; niekiedy wzmagają się one w ciągu następnych 24—48 godzin, pomimo, że się nie stosuje dalszych injekcyj. Jeżeli powstaje reakcyjne zapalenie wypocinowe opłucny, to mija zazwyczaj kilka dni, zanim bez dalszych injekcyj dojdzie do szczytu rozwoju.

7) Dalszy przebieg zagęszczeń reakcyjnych w płucach przedstawia się rozmaicie stósownie do okresu choroby i do częstości i dawek injekcyj.

W bardzo późnych i hektycznych okresach gruźlicy nawet pod wpływem bardzo małych dawek powstać mogą świeże jamy w płucach, lub powiększyć się jamy poprzednio istniejące.

We wcześniejszych, ale również z gorączką połączonych, okresach gruźlicy mogą również pod wpływem małych da-

wek nawet ze znacznemi przerwami stosowanych, powstać jamy, których poprzednio nie można było wykazać.

Reakcyjne stłumienia mogą wyjawniać częściowo lub zupełnie, pomimo, że się dalszych injekcyj nie przerywa, lecz stosuje injekcyje sposobem Kocha, uwzględniając tylko wyczerpywanie się reakcyi gorączkowéj. Wśród tego jednak nieraz kilkakrotnie w jednem i tem samem miejscu powstają świeże zagęszczenia i mijają zupełnie lub niezupełnie, przyczem rozmiar pierwotnych zagęszczeń gruźliczych zazwyczaj się zwiększa. Pozorne wyjawnienie odgłosu wypukowego, któremu towarzyszy zwiększająca się po injekcyjach ilość rzężeń, zwiastuje niekiedy wytwarzanie się jamy tam, gdzie poprzednio były tylko objawy nacieku.

Jeżeli jednak — z pominięciem rozpadowych i z gorączką hektyczną połączonych okresów — wstrzykuje się ponowną dawkę limfy dopiero wtedy, gdy miną wszystkie, lub co najmniéj przeważne, objawy reakcyjne tak wypukowe, jakoteż przysłuchowe, tak w płucach, jakoteż na opłucnéj, co jak wyżéj powiedziano, trwać może 3—7 dni a nawet i dłużéj i jeżeli się ogranicza do dawek ciągle między 0·001 do 0·010 wahających, w takim razie we wcześniejszych okresach choroby zwolna przebiegającéj, lub nawet w późniejszych ale bezgorączkowych, a przynajmniéj niehektycznych okresach gruźlicy płucnéj, nie wywołuje się zazwyczaj znaczniejszych i trwałych zboczeń w płucach. Ilość rzężeń może na dłuższy czas zmaleć, gorączka rozpadowa po ustąpieniu gorączki reakcyjnéj może się zmniejszyć lub ustąpić na czas krótszy lub dłuższy, a ilość plwocin zrazu zwiększona, może się zmniejszyć znakomicie wraz z potami nocnemi. Nawet ciężar ciała może się powiększyć.

8) Zmianom reakcyjnym w płucach, opłucny i osierdziu u ludzi z gruźlicą płuc towarzyszyć może, tak samo jak u ludzi zdrowych, reakcyjne powiększenie się śledziony i wątroby, które także nie stoi w ścisłym związku z ilością limfy i z odczynem gorączkowym, a zdaje się zależeć więcéj od osobniczych warunków. Powiększenie to może minąć nawet wśród dalszego wstrzykiwania limfy.

Oprócz tego zauważyłem w jednym przypadku zadrażnienie otrzewnéj, a w kilku przypadkach podrażnienie nerek i błony śluzowéj żołądka i kiszek.

Każdemu więc, któryby chciał obecnie jeszcze doświadczać skuteczności leczniczéj szczepianki Kocha w gruźlicy płuc, albo też stosować ją w takich przypadkach gruźlicy chirurgicznéj, gdzie równocześnie istnieje gruźlica płuc, na podstawie moich indywidualnych doświadczeń radziłbym rozpoczynać od dawek jak najmniejszych, nie posuwać się nigdy poza dawkę 0·010, a najwyżéj 0·015, a co najważniejsza i na co największy kładę nacisk, nie ponawiać wstrzykiwania, a tem mniéj powiększać dawkę i wstrzykiwać ponownie dopiero wtedy, jeżeli miną wszystkie lub przynajmniéj przeważne objawy reakcyjne w narządzie oddechowym, dające się wykryć badaniem fizycznem. Tylko w ten sposób postępując, nie naraża się chorych na widoczne niebezpieczeństwo. Do tego jednak potrzeba chorych starannie badać, a nieograniczać się tylko do badania pobieżnego.

Ponieważ limfa Kocha jest tylko wyciągiem glicerynowym kultur bakteryj gruźliczych, a nie ciałem jednolitego składu chemicznego i jednolitych własności farmakodynamicznych, przeto trzeba dalszych a bezstronnych doświadczeń, czy inne przetwory podobnego pochodzenia, jak wytwór Hammerschlaga, a względnie Nenckiego z Berna, Kowalskiego z Wiednia, lub tuberkulina Bujwida z Warszawy, Hueppego i Scholla z Pragi, lub alkoloid Zuelzera z Berlina (a zapewne wkrótce się zjawią i inne) wywoływać będą te same zmiany w płucach i w narządach wewnętrznych. Być może, że zmiany te nie są następstwem działania swoistéj istoty, wydzielającéj się z bakteryj gruźliczych, tylko pewnych istot dodatkowych, które stanowią tylko przypadkową, a dla celów leczniczych wcale nie pożądaną przymieszkę dotychczasowéj szczepianki Kocha.

Kraków, 26/1 1891.

II. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

HISTORYJA.

Schon alles da gewesen . . .

Słowa te Ben Akiby musiały przyjść na myśl każdemu, gdy przed laty kilkunastu pojawiły się próby wprowadzenia do terapii elektryczności statycznéj jako rzeczy nowéj. Było to właściwie usiłowaniem wskrzeszenia metody stosowanéj najpierw w sztuce lekarskiéj, zanim jeszcze pojawiły się galwanizm i prądy faradyczne. Wynikało to oczywiście z kolejności, w jakiéj fizyka czyniła odkrycia w dziedzinie elektryczności, a jak wiadomo, elektryczność przez tarcie poznano najpierw ze wszystkich rodzajów. Jeżeli pominiemy badaczów starożytności, jak n. p. Thalesa z Miletu (640 przed Chr.), który już znał elektryczność, powstającą przy pocieraniu bursztynu, to zasługi na tem polu położyli przedewszystkiem londyński lekarz Wilhelm Gilbert (1540—1603), a następnie Otto von Quericke z Magdeburga, który zbudował w r. 1663 pierwszą maszynę, wytwarzającą elektryczność przez tarcie. Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli śledzić rozwój nauki o elektryczności statycznéj ze stanowiska fizyki, zwrócimy się przeto do śledzenia zaczątków wprzęgnięcia jéj do usług leczniczych.

Już w połowie XVIII. stulecia widzimy elektryczność pod postacią prądów o silnem napięciu, używaną jako środek leczniczy. Napotykamy w tych czasach nazwiska prof. Krugera z Helmstadtu, który już w r. 1743 leczył za pomocą elektryczności, Kratzensteina z Hali w r. 1744, Hermana Klyna w r. 1746, używającego do tych celów butelki leydejskiéj itd. — Oprócz tych podań, niejasnych zresztą, pozostały dokładniejsze wskazówki po lekarzu genewskim, nazwiskiem Fallabert, który elektryzował z pomyślnym wynikiem chorych, dotkniętych porażeniem i zanikiem mięśni. Tak np. uzdrowił on wrzekomo w przeciągu dwóch miesięcy chorego z porażeniem prawéj ręki, wskutek udaru mózgowego. Rząd francuski zachęcony tem, polecił Molletowi w r. 1749 elektryzowanie porażonych inwalidów. Mollet zbudował nawet w tym celu odpowiednią maszynę, w któréj elektryczność wytwarzała się wskutek tarcia obracającéj się kuli szklanéj o ręce. Usiłowania jego nie odniosły jednak pożądanego skutku; nic zresztą dziwnego, miał bowiem do czynienia z głębokiemi uszkodzeniami organicznemi, powstałemi wskutek ran zadanych w potyczkach. Szczęśliwszym pod tym względem był Sau-

vages, który od r. 1749 leczył za pomocą iskier elektrycznych, porażenia, przykurczenia itd. Od tego czasu bardzo wielu lekarzy stosowało elektryczność statyczną, jak n. p. Teski, Lindult, lekarz szwedzki (w r. 1753), Haën prof. wiedeński (1755), Brydone, Schoeffer i Nebel (1760), Watson (1763), który miał podobno wyleczyć chorego z tężca, Saus (1772), Manduit (1779), Masars de Cazeles z Tuluzy, który w r. 1780 ogłosił 120 przypadków leczonych przez siebie elektrycznością statyczną, Cavallo w Anglii, Sigand de Lafond (1780), Bertholon (1781), konwencyjonista Marat, Pascalis itd. — wszyscy oni używali elektryczności statycznéj pod różnemi postaciami, otrzymanéj za pomocą rozmaitych przyrządów.

W krótki czas po tem nastąpić miał wielki zwrot w elektroterapii.

Słynne odkrycia Galvaniego (1737—1798) i Volty († 1827) wyparły powoli elektryczność statyczną, zastępując ją elektrycznością dynamiczną, tj. prądem stałym, a następnie indukcyjnym, którego poznanie zawdzięczamy Faradayowi (1831). Skoro Remak w Niemczech udoskonalił gruntownemi i mozolnemi badaniami leczenie za pomocą prądu stałego, a Duchenne de Boulogne we Francyi metody leczenia za pomocą prądu indukcyjnego, elektryczność statyczna poszła zupełnie w zapomnienie, dopiero w r. 1865 usiłował ją wskrzesić Schwanda, który zbudował dużą maszynę inflencyjną na wzór Holtza. Próby jego natrafiły w Niemczech na wielkie niedowierzanie ze strony lekarzy. Elektryczności statycznéj odmawiano zupełnie wszelkich własności leczniczych, a nawet wyszydzano wszelkie usiłowania, jak to czynił np. prof. Benedikt w Wiedniu.

Inaczéj było we Francyi, gdzie od r. 1780 Arthius, Charcot i Vigouroux gorliwie oddawali się badaniom nad działalnością elektryczności statycznéj. Odniosła tam ona zupełne zwycięstwo, a obecnie coraz to więcéj zyskuje zwolenników we wszystkich krajach. Za ich przykładem poszli we Francyi Boudet de Paris, Onimus i inni, w Ameryce Morton, Blachwood, Bearel, Rockwell, Knigt, Garrat, w Rosyi Drozdow, Holst, Benedyktow, Mierzejewski, Stepanow, w Niemczech Eulenberg, Jolle, Mund i Stein, w Austryi Lewandowski, a w końcu prof. Benedikt w Wiedniu, który z zaciętego przeciwnika stał się najgorliwszym rzecznikiem téj metody leczenia. Obecnie elektryczność statyczna nie o wiele mniéj jest rozpowszechnioną, aniżeli galwanizm i prądy faradyczne.

Zjawiska fizyczne elektryczności statycznéj.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu przyrządów, służących do wytwarzania elektryczności statycznéj, podam kilka zjawisk potrzebnych do zrozumienia tego przedmiotu.

Jeżeli jakiś przedmiot szklany, dajmy na to kulę lub laskę pocieramy jedwabną materyją, wtedy nadamy jéj ładunek elektryczny, zwany dodatnim, w przeciwstawieniu do ładunku powstającego przy pocieraniu laku flanelą, przyjętego w fizyce za ujemny. Gdy w niewielkiéj odległości od takiéj kuli szklanéj naelektryzowanéj postawimy walec metalowy, to przekonamy się, że na walcu tym elektryczność rozłoży się w ten sposób, że różnoimienna, a więc ujemna znajdzie się w końcu bliższym kuli, dodatnia zaś, równoimienna, w końcu przeciwnym. Rozłożenie to elektryczności na walcu, zwanym przewodnikiem (konduktorem), odbywa się przez wpływ czyli influencyję.

Na téj podstawie zbudował Volta (1775) przyrząd zwany elekroforem. Składa on się z krążka żywicznego (z szelaku, żywicy i terpentyny), lub kauczukowego, umieszczonego w talerzu metalowym, tudzież drugiego, nieco mniejszego, metalowego, osadzonego na odosobniającéj szklanéj rękojeści. Przez pocieranie krążka żywicznego flanelą lub natrzepywanie ogonem lisim, nadaje mu się elektryczność ujemną; skoro się położy nań krążek metalowy, wtedy na dolnéj powierzchni nagromadzi się elektryczność dodatnia, na górnéj zaś ujemna. Jeśli do górnéj powierzchni przytkniemy palec, wtedy elektryczność ujemną przeprowadzimy przez ciało do ziemi, dodatnia zaś silniéj związana pozostanie na krążku metalowym. Po odjęciu go od krążka żywicznego, można za zbliżeniem palca otrzymać z niego iskrę. Możemy to powtarzać kilkakrotnie, a ładunek pierwotny elektroforu nic przez to nie traci, pozostaje on w jednakiéj sile. Ładunek dodatni na krążku metalowym nazywamy w tym wypadku związanym, ujemny zaś swobodnym.

Pierwotne te doświadczenia posłużyły do zbudowania maszyn, wytwarzających znaczniejsze ładunki elektryczności. Początkowo były one oczywiście nieudolne i nie mogły mieć szerszego praktycznego zastosowania. Wszystkie składały się z dwóch części, tj. jednéj wytwarzającéj elektryczność i drugiéj gromadzącéj ją. W pierwszéj maszynie Querickego wytwarzała się elektryczność przez tarcie rąk o obracającą się kulę siarczaną, którą następnie Mewton zamienił na szklaną. Ręce zastąpiono późniéj poduszkami skórzanemi naamalgowanemi, a w miarę postępu nauki przewodniki uległy też znacznym ulepszeniom. We wszystkich tych maszynach elektryczność zradzała się przez tarcie.

Wkrótce powstał nowy rodzaj maszyn, polegających na zasadzie rozkładania elektryczności przez wpływ, za pomocą małego pierwotnego naładowania i powiększania następnie tegoż nowemi ładunkami. Maszyny te, zwane influencyjnemi, zostały zbudowane i wydoskonalone przez Varlleya, Thomsona, Holtza, Toeplera, Carrégo i innych, następnie zmodyfikowane w rozmaity sposób, stosownie do potrzeb lekarskich.

W Paryżu w r. 1873 było w ruchu w Salpetrière sześć maszyn Carrégo, obecnie zostało to zmienione, jest ich tylko dwie, jednakże ławki izolowane są tak długie, że mogą pomieścić w sobie do dwudziestu chorych, przez co równie wielka liczba tychże może być naraz leczoną, jak poprzednio przy sześciu. Oprócz systemu Carrégo, używane są we Francyi i inne, jak np. Ramsdena, modyfikowana przez Arthuisa, Wimshorst-Bregueta itd. W Austryi najwięcéj rozpowszechnione są maszyny o dwóch walcach kauczukowych systemu Lewandowskiego, w Niemczech wreszcie maszyny skonstruowane przez berlińskiego mechanika Hirschmanna, podług wskazówek prof. Eulenburga, których pierwowzorem są maszyny Toepler-Vossa i Varleya. Ten ostatni przyrząd, którego sam używam i który przedstawia wiele korzyści przed innemi, opisuję poniżéj.

Opis maszyny influencyjnéj.

Główną częścią składową maszyny influencyjnéj Hirschmanna są dwie okrągłe szyby z grubego, szlifowanego

szkła. Pierwsza z nich średnicy 50, 70 lub 90 ctm. jest stale przytwierdzona, w środku jéj znajduje się okrągły otwór średnicy około 15 ctm, przez który przebiega oś, służąca do umocowania drugiéj szyby. Na tylnéj powierzchni szyby, po obu stronach znajdują się dwa kółka ze staniolu, umieszczone w pewnéj odległości po nad sobą, połączone wąskim paskiem z tegoż materyjału, na tem wszystkiem zaś nalepiony jest szeroki pas papieru, biegnący łukowato. Urządzenie to nosi nazwę zbroi, a służy do wiązania elektryczności. Szyba wraz z zbrojami powleczona jest cienką warstwą szelaku. (C. d. n.)

III. Z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Myxoedema.

Dwa przypadki obserwował i opisał

Dr. M. Buzdygan,

II-gi asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Billroth (*Allg. Wien. med. Zeitschr.* 1886, Nr. 14), wywodzi związek między wolem a matolectwem. Fränkel na posiedzeniu lekarskiem w Hamburgu 4 kwietnia 1887 wyrzekł: *„dass es heutigen Tags ein Kunstfehler sei, eine Totalextirpation der Schilddrüse vorzunehmen, dass man sich vielmehr stets auf die Resektion des Organs zu beschränken habe"*.

Gdy tak ze wszystkich stron od chirurgów nadchodziły spostrzeżenia o smutnych następstwach po wyłuszczeniu wola wzięto się z wielką energiją do zbadania tak anatomii, jak fizyjologii gruczołu tarczykowego, który dotąd lekko traktowano, nie domyślając się nawet jakiegoś ważniejszego wpływu na organizm. Z licznych prac na tem polu nabrało wielkiego znaczenia odkrycie Biondiego w Neapolu, który je przedstawił na posiedzeniu lekarskiem w Berlinie 31 października 1888. Badając różne zwierzęta, doszedł on do tego, że gruczoł tarczykowy składa się z zrazików, które się mieszczą w tkance łącznéj otaczającéj naczynia i nerwy, czyli wtłoczone są w przestwory limfatyczne. Zraziki te tworzą odosobnione bryłki otoczone przybłonkiem wałeczkowym i wszystkie zawierają treść jednolitą. Treść ta nie pochodzi z rozpadu przybłonka lub ciałek krwi, ale jest produktem czynności komórek, gdyż ta sama treść znajduje się w pierwoszczu przybłonka w postaci drobnych kuleczek. Zraziki w miarę wypełniania się wydzieliną, wzrastają, są więc różnéj wielkości, a doszedłszy do pewnéj granicy pękają, a treść swoję wylewają do przestworów limfatycznych. Na miejscu zrazika wypróżnionego powstaje wiele nowych drobniutkich zrazików. Przetwory limfatyczne szczególniéj w środku gruczołu wypełnione są ową treścią zrazików. Na podstawie tych poszukiwań przychodzi Biondi do przekonania, że komórki przybłonkowe w gruczole tarczykowym wyrabiają osobliwszy płyn, który się najpierw gromadzi we wnętrzu zrazików, a po pęknięciu tychże, wylewa się do naczyń limfatycznych. Znaczenia téj substancyi autor bliżéj nie określa.

O wpływie gruczołu tarczykowego na organizm panują różne hypotezy; jedne przypisują mu działanie mechaniczne, inne przeważnie chemiczne.

Do pierwszych zalicza się Schreger, który już 100 lat temu (*Fragmenta anat. et physiol. fasc. I. Lipsiae 1791. Caput. II.*) pisał: *ut haec glandula sanguinis immodicos impulsus a cerebro abarceat et moderetur.* Liebermeister (*Vierteljahrschrift f. prakt. Heilk.* 1864), biorąc pod rozwagę obfitość i wielkość tętnic w tak małym gruczole i ich kręty przebieg, chce w nim widzieć przyrząd regulacyjny dla krążenia w mózgu. Freund (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. 18, 1883) zestawia szereg zmian gruczołu tarczykowego w życiu płciowem kobiety: podczas dorastania, miesiączki, ciąży i porodu i przychodzi do wniosku, że gruczoł tarczykowy musi być regulatorem krążenia w mózgu, a nawet bierze udział w wytwarzaniu krwi. Horsley zalicza gruczoł tarczykowy do narządów krew wytwarzających na równi ze śledzioną i gruczołami limfatycznemi, czemu zaprzeczają Virchow i Kocher.

Że gruczoł tarczykowy odgrywa ważną rolę chemiczną w całym ustroju, to wykazują te rozliczne zaburzenia po wyjęciu tego gruczołu powstające, które już powyż opisaliśmy. Według Sanquirico i Canalis (*Centrbl. f. med. Wiss.*, 1885) gruczoł tarczykowy bierze ważny udział w chemizmie ustroju i tą drogą oddziaływa na układ nerwowy centralny. Do tych samych wniosków doszedł Prus (*Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego*, 1886), Colri (*Sulla extirpatione ho Spermentele*, 1884), i Ewald (*Berl. klin. Wschr.*, 1887, Nr. 11), którzy przypuszczają, że gruczoł tarczykowy wytwarza materyję niezbędnie potrzebną do odżywienia mózgu lub odbiera krwi pewne produkta, mogące szkodliwie działać na układ nerwowy i niszczy takowe. Ewald bowiem wstrzykiwał psu podskórnie ciecz z świeżo wyciętego gr. tarcz. i rozmiażdżonego, a pies ten popadł na kilka godzin w stan narkozy. Że materyja owa tak szkodliwie działa na mózg, stwierdził Grützner (*Deutsch. med. Woch.*, 1887, Nr. 32) sekcyją wykonaną na zmarłym z *Cachexia strumipriva*, gdzie obok obrzmienia tkanki podskórnéj, znalazł lekkie zapalenie opony miękkiéj mózgu. Rogowitz zaś (*Centrbl. f. d. med. Wissen.*, 1886, p. 530), jako przyczynę śmierci zwierząt użytych do doświadczeń podaje: *Encephalomyelitis parenchymatosa subacuta.* Według Horsleya tą materyją, którą gruczoł tarczykowy niszczy, jest mucyna, albowiem po wyjęciu gruczołu gromadzi się ona obficie w tkaninach.

Tylko Philipeaux (*Comptes rend. de la Societ. de biolog.*, 1884, Nr. 37), Kaufmann (*Archiv f. exp. Path. u. Phar.*, 18, p. 260), Tauber (*Virch. Archiv*, 96, p. 29), nie widzieli złych skutków po wyłuszczeniu całkowitem gr. tarcz. u zwierząt.

Fuhr jednak (*Arch. für exp. Pathol. u. Pharm.*, 21, p. 387) w swych najnowszych i wyczerpujących badaniach dowiódł, że po usunięciu całego gr. tarcz. zwierzę ginie wśród objawów zaburzenia ośrodków nerwowych. Jeżeli zaś u niektórych badaczy zwierzęta operowane zostały przy życiu, to na pewno musieli wyjąć tylko część gruczołu tarcz. lub inny gruczoł: limfatyczny albo ślinianke, a nie gr. tarcz.; lub też jak się nieraz zdarza (Fraenkel) znajdował się jeszcze gruczoł dodatkowy; pozostawiona część gruczołu przerasta i przejmuje zastępczo funkcyje, co stwierdzili Wagner u psów *Wiener medizinische Bl.*, 1884, p. 771), a Horsley u małp. Mosler na X. kongresie lekarskim w Berlinie w sierpniu 1890 roku w zupełności potwierdza prace Fuhra mówiąc: *Beim genuinen Myxoedem aus dem variablen Ver-*

halten der Schilddrüse einen ursächlichen Zusammenhang leugnen zu wollen, ist meiner Meinung nach nicht gestattet. Do takich samych rezultatów doszli Herzen (*Semaine médicale*, 1886, Nr. 32) i Rogowicz (*Centrbl. für die med. Wissensch.*, 1886).

Doświadczenia na zwierzętach i obserwacyje na ludziach po operacyi wola wyjaśniły wiele objawów i wykazały wspólne pochodzenie z chorobą samoistnie bez operacyi powstałą, a przez Orda nazwaną *Myxoedema*. I tu źródłem choroby jest gruczoł tarczykowy, a raczéj ustanie funkcyi tegoż. Przy badaniu klinicznem prawie zawsze znachodzi się gruczoł tarczykowy powiększony, zwyrodniały i to jest pierwszy okres choroby; albo wcale się gruczołu nie wyczuwa w późniejszym okresie. Fraenkel na posiedzeniu lekarskiem w Hamburgu 4 kwietnia 1887 r. demonstrował preparat gr. tarcz. osoby zmarłéj wskutek *Myxoedema*, okazujący zupełny zanik utkania gruczołowego i liczne ogniska nacieku zapalnego. Horsley na XVIII. kongresie chirurgów w Berlinie 1889 r. przedstawił dwa preparaty gr. tarcz., jeden z wczesnego, drugi z późnego okresu choroby. W pierwszym, gdzie chory zmarł z przypadkowéj choroby, gruczoł tarczykowy przedstawia resztki utkania gruczołowego poprzeplatane białemi smugami tkanki łącznéj. W drugim preparacie chory zmarł z *Myxoedema*, gruczoł znacznie pomniejszony składał się tylko z tkanki łącznéj, a gdzieniegdzie znajdowały się kępki leukocytów; utkania gruczołowego nie było. To samo obserwowali Genzmer i Rinne (*Kongr. chirurg.*, 1889) i Rosenberg (*D. med. Woch.*, 1887, Nr. 11). Ord na kongresie lekarskim w Berlinie 1890 r. w swoim odczycie podniósł, że zmiany anatomiczne, dotyczą nietylko gr. tarcz., ale prawie we wszystkich organach i skórze jest przerost tkanki łącznéj z charakterem zapalnym, niszczący właściwe utkanie. Chemiczne zmiany są nietrwałe, przejściowe. Przy pierwszéj sekcyi zmarłego na szczycie rozwoju choroby we wszystkich tkaninach wykryć można było nagromadzoną mucynę, w innych przypadkach tego nie stwierdzono. Mucyna pojawia się prawdopodobnie tylko w pewnym okresie téj choroby. Ord również stwierdza identyczność chorób: *Myxoedema, Cachexia strumipriva*, sporadycznego i endemicznego matołectwa oraz *Myxoedema operatoire* u zwierząt, a przyczynę ich odnosi do zmian w gruczole tarczykowym.

W kilku tylko przypadkach *Myxoedema* nie można było wykryć zmian w gruczole tarczykowym, jak to wspominają: Riess (*Berl. klin. Woch.*, 1886, Nr. 51), Erb *Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 3), Senator (*ibid.*, Nr. 9) i Landau (*ibid.*, Nr. 11).

Na tem wyczerpnąwszy literaturę mi dostępną, przedstawię dwa przypadki *Myxoedema* pierwotnego, prawie równocześnie obserwowane w klinice Prof. Dra Korczyńskiego w półroczu letniem 1890 roku.

Przypadek I. Zofija Mosz..., lat 34, wyzn. rzym.-kat., wyrobnica z Niedźwiady w Galicyi. Dziedziczności w jakimkolwiek kierunku wykazać nie można. W dzieciństwie przebyła ospę. Miesiączka wystąpiła w 18 roku życia, była obfita bez boleści, trwała do 28 r. ż. W 24 r. ż. wyszła za mąż, odbyła dwa porody i połogi prawidłowe; dzieci żyją i są zdrowe. Po drugim porodzie przed 6 laty miesiączka ustała i dotąd jéj niema, tylko w okresach, odpowiadających miesiączkowaniu, czuje się osłabioną i musi leżeć w łóżku, przyczem miewa silny ból głowy, bóle w krzyżach i podbrzuszu. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty bólami we wszystkich stawach i kościach bez obrzmienia lub zaczerwienienia tychże. Bólom miała towarzyszyć gorączka i dreszcze raz lub 2 razy na tydzień, nadto nudności, częste bóle i zawroty głowy oraz duszność. Od 2-ch lat zauważyła chora zgrubienie na twarzy, powiekach, wargach, języku, rękach, petem na szyi, piersiach, brzuchu tak, że spodnice dawne okazały się za ciasne. Stopy miały się nie zwiększyć. Objawy te od 4 tygodni znacznie się wzmagają. Palenie w ustach, ściskanie w okolicy żołądka, nudności, odbijania gorzkie, ciągłe pragnienie, ból i zawroty głowy. Wymiotów nie było. Stolec zaparty. Z temi objawami przyjęto ją do kliniki 27 maja 1890 r.

Stan obecny. Wzrost słuszny, budowa i odżywienie dobre. Skóra blada, wiotka; tkanka tłuszczowa miernie utrzymana. Twarz szeroka, o rysach zgrubiałych. Skóra na twarzy blada, obrzękła, da się ująć w fałd, konsystencyja jéj miękka, ciastowata, przy silnym ucisku palcem dołka nie pozostawia; wszędzie dobrze przesuwalna, w dotknięciu wilgotna; łuszczenia niema, ciepłota niepodwyższona. Na czole grube, szerokie, poprzeczne zmarszczki. Powieki górne i dolne silnie obrzękłe, ztąd szpara powiekowa wązka. Spojówki powiekowe i gałkowe silnie zaczerwienione, rozpulchnione (*Conjunctivitis catarrhalis*). (C. d. .)

IV. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Często nawet spotykam w świetle naczynia ową siatkę hemoglobinową i w niéj leukocyty lub większe jądra, obraz absolutnie identyczny z środkowemi częściami gruzełka. W śródbłonkach naczyń krwionośnych nie spotkałem nigdzie nic nieprawidłowego, nigdy żadnego pomnożenia istoty chromatycznéj, żadnego śladu figur karyjokinetycznych. Pewnego związku między lokalizacyją prątków gruźliczych Kocha, a różnemi własnościami gruzełków nie udało mi się wykryć, nic wreszcie, coby za teoryją Mecznikowa przemawiało. Mianowicie nie widziałem żadnego związku między ich ilością, a ilością składników komórkowych gruzełka. W komórkach olbrzymich było ich zawsze mnóstwo.

Nie zawsze jednak gruzełki w otrzewnie okazują nam się w téj postaci, jak to powyżéj widzieliśmy. Gruzełki większe nieco od prosówkowych, szaro-białawe, któremi bywa zasiana cała otrzewna przy destruktywnéj gruźlicy innych narządów, mianowicie kiszek, przedstawiają nam obraz nieco odmienny. Na przekrojach poprzecznych, przez gruzełek i całą ścianę jelita przechodzących, widzimy, że błona surowicza w całości jest zgrubiałą, a w poziomie gruzełka tworzy wypukłość. Badając bliżéj gruzełek na pozór zserowaciały, widzimy, że składa się on przeważnie lub niekiedy jedynie z samych tworów okrągławych lub okrągłych barwy szaro-brunatnawéj, w lekki odcień zielonawy wpadającéj. Wśród tych tworów rozproszone są w różnéj ilości jądra podobne do leukocytów lub jeszcze mniejsze. Delikatną bardzo siatkę widzimy tylko w częściach obwodowych. O tworach tych szaro-brunatnawych z początku myślałem, że są to komórki epitelijoidowe i limfatyczne, których jądra wskutek nekrozy straciły własność barwienia się, że jestto jednem słowem gruzełek Baumgartena zserowaciały. Tak jednak nie jest. Przy dokładniejszem badaniu większéj liczby takich gruzełków przekonać się łatwo można, że owe twory okrągłe szaro-brunatnawe są ciałkami czerwonemi krwi, w których nie przyszło do wytworzenia ani siatki ani istoty chromatycznéj. Niektóre z nich tylko dały początek leukocytom, reszta w przeważnéj liczbie pozostała bez żadnych zmian. W innych gruzełkach uległy one już nekrozie, kontury ich stały się niewyraźne, barwa im właściwa znikła. Masy serowate zatem nie są tu niczem innem, jak tylko nekrotycznemi ciałkami czerwonemi. Takie gruzełki nie składały się nigdy ani z komórek epitelijoidowych ani limfatycznych. W takich gruzełkach serowatych często widzimy siatkę, bar-

wiącą się silnie gencyjaną i safraniną lub na preparatach alkoholowych oddziaływającą jak włóknik według metody Weigerta. Siatka taka nigdy i nigdzie bez udziału ciałek czerwonych nie powstaje (dlaczego, zobaczymy później). Stanowi to dla mnie nową podstawę do powyższego pojmowania mas serowatych gruzełka. W tych gruzełkach spotykałem zawsze wielkie mnóstwo prątków Kocha. Czy ich liczba jest przyczyną téj bezpośredniéj nekrobijozy ciałek czerwonych bez poprzedniego przekształcenia się tychże w charakterystyczny gruzełek? Po przedstawieniu innych naszych spostrzeżeń powrócimy jeszcze do refleksyi nad tym przedmiotem.

Dodam jeszcze kilka słów o zachowaniu się błony surowiczéj pomiędzy gruzełkami, która jak wspomniałem, jest zgrubiałą. Zgrubienie to, jak badanie mikroskopowe wykazuje, polega na silnym nacieku drobnokomórkowym. Są to komórki o jądrach podobnych do leukocytów i ciałka czerwone z jądrami. Ostatnie charakteryzują się małem jądrem lub skupieniem kilku ziarnek chromatynowych, otoczonych masą prawie jednolitą, barwy prawidłowych ciałek czerwonych. Obok tego znajdujemy ciałka czerwone niezmienione lub pozbawione barwika, wybladłe. Uderza nas daléj dosyć znaczna liczba ciałek czerwonych o kolosalnych rozmiarach, 2, 3 i więcéj razy większych od prawidłowych, barwy prawidłowéj, posiadających jedno lub więcéj małych jąderek. Czy jestto produkt zlewania się ciałek czerwonych, co wydaje nam się prawdopodobniejszem, czy też powiększeniem rozmiarów pojedynczych ciałek, trudno rozstrzygnąć. Często wśród takich ciałek można odkryć jakby kontury ciałek o zwykłych wymiarach, a to przemawia właśnie za pierwszem z powyższych przypuszczeń. I w tym przypadku gruźlicy otrzewny, jak widzimy, ciałka czerwone i ich derywaty przeważają w całym obrazie mikroskopowym. Ich nadmierne nagromadzenie na pewnych punktach i brak wszelkich przemian progresywnych dało początek gruzełkom odrazu zserowaciałym.

Jako przykład typowy gruźlicy bez gruzełków w znaczeniu Baumgartena pozwalam sobie przytoczyć następujący:

b) gruźlica płuc.

Anna O.... 5-letnia. Gruźlica gruczołów limfatycznych około tchawicowych, około oskrzelowych i kreskowych. Zapalenie płuc serowate obu płatów dolnych (*Pneumonia caseosa*), *Pleuritis serofibrinosa dextra.*

Przy badaniu mikroskopowem okazuje się głównie najbliższe otoczenie większych naczyń krwionośnych, z któremi jak wiadomo mają wspólny przebieg i naczynia limfatyczne, jako punkt wyjścia całéj sprawy gruźliczéj. Na szerokie przestrzenie w otoczeniu tych naczyń krwionośnych zanikła zupełnie budowa miąższu płucnego. Zastanówmy się najprzód nad zmianami w samych naczyniach krwionośnych, bo one nam wytłumaczą niejedno zjawisko poza ich obrębem. Przedewszystkiem zasługuje tu na uwagę zachowanie się krwi w tych naczyniach. Otóż nigdzie nie spotykamy tu stosunków prawidłowych tak, jak to ma miejsce w częściach miąższu niezajętych. Mamy tu przed sobą głównie zmiany dwojakiego rodzaju: przemiana ciałek czerwonych w siatkę hemoglobinową i w siatkę barwiącą się gencyjaną i safraniną (włóknik autorów) i powtóre nowotworzenie składników komórkowych, obfitą istotą chromatyczną. Dosyć często spotykamy ciałka czerwone rozpadłe w masę drobnoziarnistą lub zlane w istotę prawie jednolitą. Siatka ta przedstawia nam się tu zupełnie tak samo jakto powyżéj przy innych spostrzeżeniach opisaliśmy. W pewnéj części naczynia widzimy ciałka czerwone zlane w istotę delikatnie ziarnistą bezbarwną i ma to często miejsce w częściach przybrzeżnych, daléj w głąb światła poczyna się siatka różnie gęsta hemoglobinowa, a w niéj rozprószone bardzo liczne leukocyty lub komórki, które poniżéj opiszę. Gdy zamiast siatki hemoglobinowéj spotykamy inną, która się silnie barwi safraniną, ilość jąder i jąderek chromatynowych jest bardzo nieznaczna lub brak ich zupełny, a z ciałek czerwonych widzimy tylko całkiem wybladłe *stromata*, albo i tych już wcale nie widać. Wśród włókienek spotykamy daléj bardzo nieliczne ziarenka o konturach ciemnych o środku jasno czerwonym (preparat safraninowy). Leżą one w przebiegu włókienek lub niezależnie od nich. Składniki komórkowe są najliczniejsze w tych częściach naczynia, gdzie nie przyszło do wytworzenia siatki chromatynowéj (tak nazywam siatkę oddziaływającą jak włóknik podług metody Weigerta). Ma się niekiedy wrażenie, jakoby wszystkie ciałka czerwone przeszły w leukocyty. Nie są to jednakże same leukocyty. Obok jąder ciałkom białym krwi odpowiadających, widzimy jądra nieco większe, zbliżone do jąder epitelijoidowych lub nawet przewyższające je co do rozmiarów. Nie są to produkta bujających śródbłonków naczyniowych, bo często takie skupiny składników komórkowych oddzielone są od ściany naczynia szeroką warstwą niezmienionych lub zlanych w masę jednolitą ciałek czerwonych. Co do pierwoszcza tych składników komórkowych, to często takowego nie widać, są to jakby nagie jądra. W innych razach zamiast pierwoszcza delikatnie ziarnistego, bezbarwnego, widzimy obwódkę różnéj szerokości, identyczną optycznie z istotą ciałka czerwonego prawidłowego. Często obwódka ta dochodzi do rozmiarów kilkakrotnie większych niż ciałka czerwone prawidłowe, a jądro takiéj komórki może być epitelijoidowem lub daleko mniejszem, mniejszem nawet niż jądro ciałka białego.

Zmiany te często są w ten sposób skombinowane z sobą, że w częściach środkowych widzimy ciałka czerwone delikatnie ziarniste, o zacierających się lub zupełnie niewidocznych konturach. W miarę, jak się zbliżamy ku obwodowi, spotykamy leukocyty i ciałka czerwone z jądrami, ułożone w siatce hemoglobinowéj, daléj jeszcze ku obwodowi coraz więcéj jąder epitelijoidowych, a daléj już przy saméj ścianie naczynia nieraz dosyć szeroka warstwa niezmienionych ciałek czerwonych. Obrazy takie przedstawiają mi najwymowniejszy dowód, że wszystkie składniki gruzełka powstają z ciałek czerwonych, hypoteza, jaką postawiłem dla gruzełków otrzewny.

Jakie zmiany znajdujemy w ścianach naczyń i przylegającym miąższu płucnym?

W właściwéj ścianie naczyń nie znajdujemy zmian znaczniejszych, tu i tam silniejszy naciek drobnokomórkowy. Za to otaczający miąższ na znacznych przestrzeniach uległ głębokim zmianom. Budowa alweolarna tylko na granicy zachowanego miąższu jako tako widoczna, zresztą zanikła ona zupełnie. Widzimy tylko jakieś utkanie siatkowate z różnie licznemi składnikami, zawierającemi istotę chromatyczną. Włókna téj siatki mają jużto barwę ciałek czerwonych, jużto silnie się barwią safraniną. Oczka siatki najrozmaitszéj wielkości i kształtów są często wypełnione masą prawie jednolitą lub bezbarwną, w innych miejscach zamiast téj masy lub w niéj ułożone są wszystkie rodzaje komórek, jakie w treści naczyń krwionośnych powyżéj widzieliśmy. Poczynając od jąderek znacznie od leukocytów mniejszych aż do większych niż zwyczajne epitelijoidowe, wszystkie postacie są tu reprezentowane. W licznych miejscach owéj siatki nie widzimy. Znajduje się tylko jakaś masa brunatnawa z licznemi jąderkami, poczynając od zaledwie dostrzegalnych aż do epitelijoidowych, obraz absolutnie identyczny z tym, jaki w głębszych alweolach płuc wszczepianych do jamy brzu-

sznéj królika widzieliśmy. Są to miejsca widocznie nekrobijotyczne, liczne prątki Kocha zawierające. Prątki zresztą spotykamy w całym tym miąższu. Gruzełków Baumgartena nigdzie ani śladu. Przechodząc w miąższ, w którym budowa alweolarna staje się widoczną, spotykamy całe grupy pęcherzyków, wypełnionych różnemi składnikami komórkowemi. Tak opis tych składników, jak i wyjaśnienie ich znaczenia należy do najtrudniejszych. Przedewszystkiem nadmienić musimy, że na znacznie rozszerzonych naczyniach włosowatych ścian alweolów nigdzie nie widać pokładu przybłonkowego, tak jak to n. p. ma miejsce na pętlach (*ansae*) naczyniowych kłębków Malpighiego w nerkach. Natomiast całe światło wypełnione nieraz bywa komórkami, które na pierwszy rzut oka przedstawiają nam się jak komórki epitelijoidalne, nie brak jednakże i komórek identycznych z leukocytami. Pierwoszcze tych składników komórkowych jest różnie obfite; około pewnych jąder zaledwie jako wązka obwódka, widocznie około innych dochodzi do kolosalnych rozmiarów. Jest ono jużto jednolite i często ma barwę normalnych ciałek czerwonych, jużto jest drobno-ziarniste bezbarwne. Te składniki leżą niekiedy w siatce hemoglobinowéj lub bezbarwnéj lub wreszcie oddziaływającéj, jak istota chromatyczna. Obok komórek spotykamy w różnych alweolach różną ilość ciałek czerwonych odbarwionych lub prawidłowych i przechodzących w siatkę. Na śródbłonkach naczyń włosowatych nie spotykam zmian żadnych. Naczynia włosowate, jak wspomniałem, znacznie porozszerzane. Często jednak w nich zamiast ciałek czerwonych widzimy istotę ziarnistą, niewyraźnie prążkowaną. Ma to miejsce zwłaszcza na granicy części miąższu, gdzie budowa alweolarna zanika. Figur karyjokinetycznych nie spotkałem na żadnych składnikach. Tylko w bardzo nielicznych pęcherzykach spotykamy się z obrazami, jakie dla gruzełków w sieci przedstawiłem. Jeźli wogóle te obrazy mamy tu pojąć jako gruzełki wśródpęcherzykowe, to nie widzę najmniejszego powodu, aby dla nich szukać innéj histogenezy jak ta, która nam się wydała najprawdopodobniejszą dla gruzełków sieci.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

W Nrze 4 „Gazety Lekarskiéj" Dr. Bujwid podaje swój sposób otrzymania szczepianki, podobnéj do szczepianki Kocha, a nazwanéj przez niego tuberkuliną. Doniesienie to Dra Bujwida dla ważności sprawy podajemy w dosłownem brzmieniu:

„Gdy przed kilkoma tygodniami rozeszła się wieść o upaństwowieniu tajemnicy płynu Kocha i skutkiem tego zdawało się, iż przez długi czas świat badaczy nic wiedzieć nie będzie o składzie tajemniczéj substancyi, przedsięwziąłem próby samodzielnego otrzymania płynu Kocha.

Rzecz zdawała mi się tem łatwiejszą do zrobienia, iż wygląd i cechy zewnętrzne płynu, otrzymanego od prof. Kocha i zastósowanego przez nas w warszawskich szpitalach 23 listopada roku zeszłego, posiadał wszelkie cechy mieszaniny produktów bakteryj gruźliczych. Myśl tę wypowiedziałem na jednem z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego, oraz wyraziłem nadzieję, iż płyn, przez siebie otrzymany, w niedługim czasie będę mógł pokazać.

Pierwsza próba otrzymania wyciągu z czystéj agar-glicerynowéj hodowli laseczników gruźliczych za pomocą wyskoku dała mi wynik ujemny. Otrzymałem produkty barwne, wonne, o zapachu mocniejszym od płynu Kocha, przypominającym zapach czystéj hodowli, ale reakcyja spalania na platynowéj blaszce oraz gęstość otrzymanego produktu nie przypominały płynu Kocha.

To też zastosowałem inną metodę. Zrobiłem hodowlę w glicerynowym bulijonie i otrzymałem bujny rozrost bakteryj gruźliczych w ciągu 3 tygodni przy ciepłocie około 38° C. Czystość hodowli dała się łatwo skontrolować za pomocą mikroskopu; rozrośnięte bakteryje miały wygląd bujniejszy, były dłuższe i grubsze, niż wyrastające na agarowem podłożu. Hodowle zanieczyszczone na oko i za pomocą powonienia można było odrazu od czystych odróżnić, co następnie badanie drobnowidowe w zupełności potwierdziło.

Takie bulijonowe hodowle zostały wyjałowione za pomocą trzykrotnego ogrzania w ciepłocie 100° C., w ciągu 10 minut co 6 godzin (najpewniejsza metoda wyjaławiania niewielkich ilości płynów), następnie zaś przepuszczone przez filtr Pasteura (zmodyfikowany przezemnie i opisany w Nrze 1 „Centr für Bact." bieżącego roku) i zgęszczone na kąpieli wodnéj przy zmniejszonem ciśnieniu, otrzymanem za pomocą pompki wodnéj Bunsena. Płyn wrzał przy ciśnieniu około 20 mm. już w ciepłocie 30°—34° C. Po zgęszczeniu płynu do $^1/_4$ objętości powstał bardzo delikatny męt, który oddzieliłem za pomocą przesączania i poddałem płyn ponownemu odparowaniu do gęstości rzadkiego syrupu. Płyn ten po sklarowaniu przedstawiał się zupełnie podobnym do płynu Kocha; był nieco mniéj brunatny i rzadszy.

Pół centymetra sześciennego tego płynu, ponownie wyjałowionego przez ogrzanie do 100° C., wstrzykniętego pod skórę świnki morskiéj, zdrowéj, wywołało po 6 godzinach nieznaczne, o 1° C. podwyższenie ciepłoty. Wstrzyknięty śwince morskiéj, któréj poprzednio przed 2 tygodniami zaszczepioną była plwocina gruźlicza do otrzewny, wywołał u niéj objawy zapaści przy ciepłocie 34·2° C. i następne po 12 godzinach podwyższenie ciepłoty do 38° C., które trwało u zdrowéj i choréj świnki w ciągu doby, poczem u obu świnek przez tydzień ciepłota pozostała jednakową, prawidłową, około 37° C. (Poprzednio świnka chora nieco gorączkowała). U świnki zaszczepionéj gruźlicą na brzuchu, w miejscu uprzedniego zaszczepienia, na drugi dzień po wstrzyknięciu pojawiło się mocne, bolesne obrzęknięcie, które stopniowo zmniejszyło się w ciągu następnych 4 dni do stanu poprzedniego guziczka wielkości ziarnka grochu. Zabita po tygodniu zdrowa świnka, nie przedstawiała ani zmian ogólnych, ani miejscowych, skutkiem czego uznałem płyn za nieszkodliwy, wywołujący odczyn właściwy płynowi Kocha.

Teraz mogłem przystąpić do wstrzyknięcia drobnej ilości płynu choremu na wilka, co wykonałem u chorego z obszernym wilkiem twarzy na oddziale kol. Puławskiego. Po wstrzyknięciu 10 mlgr. płynu, odpowiadających 5 mgr. płynu Kocha, otrzymaliśmy po 8 godzinach odczyn ogólny w postaci dreszczów i łamania, oraz charakterystyczny odczyn miejscowy, jaki u tegoż chorego przedtem po wstrzyknięciu płynu Kocha występował. Chorego obserwowali prof. Baranowski, oraz kol. Dunin, Puławski i Srebrny. Wstrzyknięcie wykonano w ilości mniejszej, niż choremu się należało, gdyż znosił on już 10 miligramów, przyczem ciepłota podniosła się do 40° C. Dla ostrożności jednak, łatwo zrozumiałej, zrobiłem wstrzyknięcie tylko połowy ilości należnéj i wywołany odczyn był odpowiednio słabszy.

Następnie zrobiliśmy wstrzyknięcie 10 mlgr. tego płynu u chorej kolegi Srebrnego z wilkiem nosa, na oddziale kol Sokołowskiego. Odczyn wystąpił jeszcze słabszy, podniesienie ciepłoty tylko do 37,7° C., oraz miejscowe bardzo słabe palenie i zaczerwienienie, które znikło już na trzeci dzień po wstrzyknięciu. Chora ta znosiła 10 miligr. płynu Kocha z odczynem nieco wyższym, u więc 10 miligramów mego o połowę słabszego płynu, wywołały odczyn odpowiednio słabszy.

Widzimy ztąd, że nietylko przyrządzenie, ale nawet dawkowanie płynu, otrzymanago przezemnie udało się dość łatwo. Siła płynu jest nieco więcej niż o połowę mniejszą, stosownie do gęstości i zapewne niedość postąpionéj dojrzałości hodowli, których należałoby używać dopiero po 4—5

tygodniach, gdyż dopiero wtedy dochodzą one do największego stopnia rozrost.

W podobny sposób wytrawiając na zimno wodą wyjałowioną agarowe podłoża, otrzymałem po zagęszczeniu płyn posiadający też same cechy i dający na świnkach morskich podobny odczyn. Wytrawianie czystych hodowli za pomocą wody, dało mi podobne ale nieco odmienne, bliżéj jeszcze niezbadane, produkty; wyniki otrzymane z badania tych produktów, podać w niedługim czasie nie omieszkam. Otrzymanie płynu za pomocą wytrawiania hodowli działaniem 40—50 procentowéj gliceryny, jak to podaje Koch, nie dało mi dotąd dobrych wyników; wydaje mi się ono daleko trudniejszem od podanego przezemnie sposobu. Tak jeden jak i drugi wszakże posiadają wspólną wadę; produkt bowiem otrzymany zawiera sole mineralne, pepton, glicerynę i inne materyje wyciągowe w wodzie i glicerynie rozpuszczalne.

Rozpocząłem obecnie próby na szerszą skalę nad działaniem na zwierzęta tego produktu, który możemy nazwać tuberkuliną, dla uniknięcia innych mniej odpowiednich nazw, nie malujących pochodzenia samego produktu. Zadaniem ściślejszych badań będzie otrzymanie właściwéj, czystéj, od domieszek wolnéj tuberkuliny. O ile z zachowania się jéj widać, nie jest to materyja białkowa, ani toksalbumina; jest to zaś może jakaś substancyja pochodna białka, rodzaj ptomainy, lub coś pośredniego pomiędzy ptomainą a enzymą. Widnieje to z jednéj strony z chemicznego zachowania się tuberkuliny (wytrzymałość przy ogrzewaniu do 100° C.), z drugiéj zaś z jéj działania podobnego do działania zaczynów (odczyn po 6—24 godzinach).

Podane szczegóły co do metody otrzymania i działania płynu znane były prof. Baranowskiemu i Hoyerowi, oraz kol. Dunininowi i Puławskiemu na dwa tygodnie przed ogłoszeniem składu płynu Kocha. Równocześnie opis metody i nieco płynu przezemnie otrzymanego, przesłałem Pasteurowi oraz wiadomość o otrzymaniu tego płynu p. Dyrektorowi Departamentu Lekarskiego".

Bäumler w Fryburgu obserwował działanie limfy Kocha u 60 chorych. Po większéj części potwierdza powszechnie znane wyniki, dlatego podamy tylko kilka szczegółów odrębnych. Tak np. tętno jeszcze czas jakiś po ustąpieniu gorączki jest nietylko bardzo szybkie, lecz także pełne, miękkie niekiedy wyraźnie dwubitne. To zachowanie się tętna jest wyrazem zniesienia napięcia drobnych tętnic i połączonego z niem obniżenia się parcia ościennego krwi, które wespół z przyspieszoną akcyją serca w pewnych warunkach może dać powód do groźnych powikłań. I rzeczywiście obserwował B. ciężki przebieg z powodu powikłań u chorej z rozedmą płuc i u chorego po durze.

Albuminuryja lekkiego stopnia występowała często, w dwóch przypadkach z domieszką krwi w moczu. Jako objaw polegający na przekrwieniu jelit uważa B biegunkę, którą zauważał nawet w przypadkach, gdzie podejrzenia gruźlicy jelit nie było. Zajęcia gruźlicze krtani oddziaływają niemal tak silnie, jak liszaj; gruczoły limfatyczne oddziaływają tylko wyjątkowo. Wpływu środka Kocha na ilość i jakość prątków dostających się do plwocin B. nie zauważył. Również nie widział ustępowania objawów płucnych, a występowaniu i znikaniu rzężeń nie przypisuje autor żadnego znaczenia. Co się tyczy powstawania reakcyi połączonej z gorączką, to B jest zdania, że występuje ona tak u zdrowych jak i u gruźliczych, tylko w różnem natężeniu; jedynie w tych ostatnich może ilość i jakość powstałych produktów jest odmienną niż u zdrowych. (*Deutsche med. Wochenschrft*, Nr. 2).

Korach wyrażał się początkowo na posiedzeniu tow. lek. w Hamburgu o wartości środka Kocha w leczeniu gruźlicy płuc z wielkiem zastrzeżeniem, uważając zmiany fizykalne, ustępowanie potów nocnych itd. wobec zmienności właściwéj téj chorobie za niepewne objawy polepszenia. W ogłoszonym jednak dodatku do powyższego wykładu podaje K. wynik bardzo pomyślny. U choréj rozpoznano nacieck gruźliczy w prawem płucu. Po 8 injekcyjach okazało się, że i płuco lewe, które dotąd uważano za normalne, jest zajęte, poczem stan ogólny począł się poprawiać, ciężar ciała wzrastał, kaszel ustawał. Odpowiednio do tego odgłos wypukowy w prawym szczycie wyjawniał, w miejsce oddechu oskrzelowego, zjawiał się z początku nieoznaczony, potem wdech stawał się pęcherzykowy zaostrzony, rzężenia znikły. Po 32 dalszych godzinach zajęcie lewego płuca tak dalece się poprawiło, że K. z uniesieniem wyraża się o skuteczności środka Kocha. Również jego wartości rozpoznawczéj przypisuje K. wielką wagę. (*Tamże.*)

Königshöfer i Maschke: Spostrzeżenia nad działaniem środka Kocha w chorobach ocznych.

Badania przedsiębrali autorowie w dwóch kierunkach: wstrzykiwali limfę Kocha w celach leczniczych w cierpieniach oka natury gruźliczéj i stosowali ją także w tych przypadkach chorób ocznych t. z. skrofulicznych, których pochodzenia nikt dotąd za gruźlicze nie uważał. U chorych wszystkich zresztą wszelkich innych sposobów leczenia autorowie zaniechali. W jednym przypadku *iritis serosa* po injekcyi 0·5 mg., która wywołała bardzo nieznaczną reakcyję ogólną, *erythema* na piersiach, ból w miejscu wstrzyknięcia przy braku gorączki, nastąpiło powiększenie pierwotnego nastrzykania rzęskowego, nieznaczne zaćmienie rogówki około przedtem wykazanych precypitatów. Ucisk śródoczny się nie powiększył. Po dalszych wstrzykiwaniach precypitaty znacznie się zmniejszyły i stały się przeźroczyste, męty w ciałku szklanem znikły, wzrok się poprawił (pierwotnie liczyła chora palce na $1\frac{1}{2}$ m., obecnie na $2\frac{3}{4}$ m.). W dwóch innych przypadkach zapalenia tęczówki natury kiłowéj wstrzykiwania nie wywoływały reakcyi miejscowéj ani ogólnéj.

U chorego z cierpieniem powieki o nieznanéj przyczynie w 24 godzin po injekcyi $\frac{1}{2}$ mg. limfy wystąpiła reakcyja ogólna i miejscowa, a w 2 dni potem polepszenie zmiany miejscowéj było bardzo wyraźne.

Najwybitniejszym okazał się skutek leczniczy wobec zmian w rogówce, występujących na tle zołzów. Tu po ustąpieniu pierwszych objawów reakcyi miejscowéj objawiającéj się w silniejszem nastrzykaniu, większem zaćmieniu, wystąpieniu nowych pryszczyków w miejscach przedtem zdrowych, przychodziło do szybkiego oddzielenia się zajętych części rogówki, oczyszczania się wrzodów, a ubytki szybko zastępowała nowa tkanka. Uwagi godną jest jeszcze okoliczność, że we wszystkich przypadkach reakcyja w oku występowała dopiero w 24—36 godzin po wstrzyknięciu. (*Tamże.*)

Schreiber podaje jedno spostrzeżenie, tyczące się nieopisanego dotąd wpływu wstrzykiwań na rytm oddechania. Po 6 injekcyjach, które chora znosiła dobrze (pierwsze trzy od 1—3 mg. bez reakcyi), ilość oddechów wzmogła się z 18 na 34 na minutę, przyczem pierwsze 15 oddechów były szybkie i powierzchowne, 16 te i 17-te głębokie, koło 4 razy dłuższe od poprzednich, potem następowała pauza trwająca 4—5 sekund, po któréj oddechy szybkie i płytkie jak pierwsze. Oddech taki trwał $3\frac{1}{2}$ godzin, a po następnéj injekcyi objaw ten się nie powtórzył. (*Tamże.*)

W dyskusyi, która się toczyła w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie, podawał Fraenkel przebieg choroby u tych, których demonstrował w grudniu z. r. U wszystkich w liczbie 5 ciu stan jest bardzo pomyślny, szczególnie jednego chorego, dotkniętego gruźlicą krtani i płuc, uważa F. na razie za zupełnie wyleczonego. Jako potwierdzenie zdania Virchowa co do rozszerzania się sprawy gruźliczéj pod wpływem środka Kocha, uważać można przypadek przytoczony przez F., wprawdzie bez komentarzy, jednakże mówiący sam za siebie: Chory 25-letni, dotknięty gruźlicą płuc miernego nasilenia z zajęciem krtani, otrzymał pierwszą injekcyję 22 listopada. 10 grudnia pojawiły się na języku, dotychczas zupełnie prawidłowym, drobne owrzodzenia do aft podobne, kt re po upływie 8—10 dni przybrały cechę wrzodów gruźliczych. W wydzielinie, znajdującéj się na dnie owrzodzeń, znalazł F. liczne prątki gruźlicze. Szczególnie uwagi godnem jest wystąpienie na języku erupcyi prosówkowéj. (*W. m. Wochenschr.* Nr. 4.)

W tym samym duchu przemawia Baginsky, przedstawiając chorą dotkniętą gruźlicą błony śluzowéj nosa, u któréj stosowano przez 3 tygodnie wstrzykiwania środka Kocha, w końcu bez objawów reakcyi. Przed kilku dniami zjawiła się chora po raz wtóry, skarżąc się na bóle gardła, a badanie wykazało drobne szare guzki na lewym migdałku silnie zaczerwienionym. *(Tamże.)*

W nowym szeregu preparatów, które Virchow na potwierdzenie swojego pierwotnie wypowiedzianego zdania (p. Przegl. Lek. Nr. 3) przedstawił, znajduje się jeden, który zdanie to znacznie łagodzić może. U indywiduum gruźliczego, u którego nie stosowano środka Kocha, znajdowały się miejsca hepatyzowane podobne do tych, które V. na poprzedniem posiedzeniu opisał. Jeżeli zatem podobne objawy powstawać mogą i bez wstrzykiwań limfy Kocha, to należy dopiero zbadać, czy podobną formę zwątrobienia uważać należy za następstwo, czy też tylko za powikłanie tego sposobu leczenia. (*Tamże.*) *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Choroby wewnętrzne.

Dr. Kurlow: O uleczności gruźlicy płuc.

Kwestyja uleczności suchot oddawna była przedmiotem licznych badań i na podstawie wyniku niezliczonéj ilości sekcyj, w których znaleziono szczyty płuc zwapniałe lub w tkankę łączną zamienione, powszechnie przypuszczano, że przy odpowiednich, sprzyjających warunkach suchoty mogą być wyleczone. Pod tym względem zgadzają się obserwacyje Laënneca, Rogégo, Cruveilhiera, że bardzo często u osób zmarłych z przyczyny innych jakichś chorób a nie suchot przy sekcyi znajdują się zmiany w szczytach płuc, które świadczą o przebytéj sprawie gruźliczéj zupełnie wreszcie wygojonéj. Tak n. p. Rogée na 100 trupów starych kobiet zmarłych z innych niż suchoty chorób znalazł u 51 ogniska serowate lub zwapnienia w szczytach płuc. Takiż sam stosunek przytacza Dejerine. Bollinger w Monachijum, badając w tym kierunku 400 trupów, znalazł w 14 ograniczone i otorbione ogniska serowate lub zwapniałe, u 55 zgrubienie łączno-tkankowe, w okolicy których można jeszcze było wykazać pojedyncze gruzełki. Obrachowując to w procentach, widzimy, że z nich 27% przemawia za uleczności gruźlicy. Standacher z 1000 sekcyj trupów ogółem miał 213 sekcyj suchotników, a z pozostałych 787 znalazł w 202 czyli w 26% marskość szczytów, świadczącą o wyleczonéj sprawie gruźliczéj. A że pozostałości takie w szczytach nie są szkodliwe dla organizmu, wykazują prace doświadczalne Standachera i Dejerina, którzy marską tkanką ze szczytów poddawali badaniu na prątki gruźlicze i Standacher w 5 badanych przypadkach ani razu nie znalazł prątków, a Dejerine na 17 przypadków w 10, gdzie były ogniska zwapniałe, nie znalazł prątków, w pozostałych zaś 7 były bardzo skąpe i to tylko na granicy ognisk. Ci dwaj autorowie w 4 przypadkach cząstki zwapniałe z ognisk szczytowych wstrzykiwali królikom i otrzymali ujemny rezultat. Naturalnie, że kwestyję szkodliwości podobnych ognisk może tylko rozstrzygać wstrzykiwanie podskórne zwierzętom, ponieważ w tych razach kiedy się znajdą prątki gruźlicze w ogniskach zwapniałych nie można wiedzieć, czy one zachowały jeszcze swoją siłę żywotną, to jest, czy zdolne są do dalszego rozwoju, a w razach gdzie ich nie wykryto można przypuszczać obecność zarodników, których dotąd nie udało się nam odpowiednio zabarwić. Dejerine i Standacher robili na królikach doświadczenia, wstrzykując im części ze zwapniałych ognisk gruźliczych, ale w tych 4 przypadkach zwierzęta nie dostały gruźlicy, a w jednym z nich w miejscu wstrzyknięcia znaleziono ognisko serowate, ale prątków wykazać nie można było.

Dr. Kurlow doświadczenia swoje wykonywał w następujący sposób. Ogniska serowate poddawał mikroskopowemu badaniu, a znalazłszy w nich prątki, robił jeszcze skrawki z sąsiednich części i dopiero po takiem dokładnem zbadaniu wstrzykiwał do jamy brzusznéj cząstki z takich ognisk. Do doświadczeń używał jedynie świnek morskich jako najczulszych na jad gruźliczy. Ponieważ cząstki płuc były rozkrajane nieczystym nożem, używanym i do innych sekcyj, zdarzało się więc nieraz, że świnki ginęły na *sepsis* i dlatego zwykle szczepił odrazu 2 lub 4 świnkom, z których zawsze kilka przy życiu zostawało. Podejrzany kawałek płuca był obmywany wodą destylowaną sterylizowaną, następnie jeszcze sublimatem (1:200) i znowu wodą i dopiero dostawał się do sterylizowanéj epruwetki, skąd bezpośrednio przed szczepieniem wydostawano i brano z niego kawałeczek wielkości grochu. Po otworzeniu jamy brzusznéj z zachowaniem wszelkiéj antiseptyki kawałeczek ten wpuszczano do jamy brzusznéj i następnie zaszywano. Jeżeli świnki ulegały *sepsis*, to już na drugi dzień znać było na nich znaczne osłabienie i w kilka dni zdechały, inne zaś na drugi dzień nie okazywały już żadnych szczególnych zmian. Doświadczeń takich robił 25 z rozmaitych ognisk po części zwapniałych, w części zaś jeszcze świeżych nacieków lub też ognisk serowatych. I tak ze 6 świnek szczepionych cząstkami tkanki płuca zbliznowaciałéj, jako pozostałością po przebytéj sprawie gruźliczéj, ani jedna świnka nie uległa gruźlicy. Toż samo dotyczy 7 świnek, którym szczepił Dr. K. cząstki zwapniałe płuca. Przeciwnie zaś w przypadkach, gdzie szczepił cząstki z ognisk częścią serowatych, częścią tylko zwapniałych, z 26 świnek 20 uległo gruźlicy, 5 zdechło zaraz na *sepsis*, a jedna tylko pozostała zdrowa. Jeszcze dosadniejszy rezultat był u 14 świnek, którym szczepił cząstki ze szczytów płuc ze świeżemi gruzełkami lub serowatemi masami, z nich bowiem 11 uległo gruźlicy, a 3 zdechło na *sepsis*. Doświadczenia te jasno pokazują, że ogniska serowate lub nawet zwapniałe, tak makroskopowo jak i mikroskopowo zupełnie odgraniczone, nie są obojętne dla organizmu i dopóki one istnieją mogą zawsze dać powód do autoinfekcyi, czego nieraz dowody mamy też w spostrzeżeniach klinicznych, gdzie n. p. z jednego serowatego gruczołu rozwija się prosówka lub zwykła postać gruźlicy. Prof. Buhl w swoich *Berichte ü. Leichenöffnungen* podaje, że w 23 przypadkach *tuberculosis miliaris* znalazł w 21 ograniczone serowate ogniska. Toż samo twierdzi Virchow (*Geschwülste* Bd. II.), że rzadko kiedy bywa ostra gruźlica bez starych serowatych ognisk w organizmie. Nie mniéj pouczający jest wynik badania Billrotha i Menzla (*Langenbecks Archiv* Bd. XII.), którzy znaleźli, że w 2106 przypadkach miejscowéj gruźlicy kości w 1143 przypadkach nastąpiła śmierć przez następową gruźlicę płuc. Z tego wszystkiego wynika, że tylko te przypadki gruźlicy płuc należy uważać jako wyleczone, gdzie w miejscu poprzednio zajętem sprawą gruźliczą powstanie zbita tkanka bliznowata lub też zupełne zwapnienie nastąpi. *(Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Choroby oczne.

O. Purtscher (Klagenfurt): O zastosowaniu kreoliny w leczeniu chorób ocznych.

Po zakropleniu jednoprocentowego roztworu kreoliny do worka spojówkowego oka zdrowego, powstaje natychmiast silne palenie, zmuszające do ściskania powiek. Po upływie pół minuty można oko znowu otworzyć, występuje łzawienie, pieczenie nieco się zmniejsza i po 3—4 minutach ustępuje stan podrażnienia, pozostawiwszy mierne nastrzykanie spojówek. Jeżeli kreoliną mamy leczyć oko wrażliwe, dobrze jest 2—3 minuty przedtem zakroplić kokainę. Doświadczenia kreoliną przeprowadzono w następujących chorobach: 1. W zwykłem zapaleniu spojówek. Wynik niekiedy bardzo dobry, zwłaszcza w nieżytach, łączących się z silnem obrzmieniem i z zajęciem brzegu rogówkowego. 2. W zapaleniu pryszczykowem spojówki działa kreolina w połączeniu z kokainą wyśmienicie, zwłaszcza w przypadkach silnego światłowstrętu i zołzowatego kurczu powiek. 3. W brodawkowatych postaciach jaglicy był wynik najznakomitszym. P. nigdy nie widział tak szybkiego ustępowania wybujałości pod wpływem tuszowania, jak w świeżych przypadkach pod wpły-

wem wyłącznego leczenia kreoliną. Również osiągnięto wynik w przypadkach łuszczki, gdyż bystrość wzroku w krótkim czasie znacznie się polepszała. 4. W zapaleniu ropnem dróg łzowych w wielu przypadkach powstawało znaczne zmiejszenie wydzieliny. 5. W wszystkich postaciach zapalenia rogówki z tworzeniem się wrzodów. Wrzody silnym pokładem pokryte i głęboko drążące oczyszczały się tak szybko, jakto się tylko spostrzega po żelazie rozżarzonem. Także wrzody z nieznacznem hypopyon znosiły leczenie kreoliną, a ropa w przedniéj komórce znikała widocznie. 6. W miąższowem zapaleniu rogówki naczynia nowowytworzone znikały szybko i rogówka uderzająco szybko ulegała wyjaśnieniu. P. kończy uwagą, że kreolina posiada działanie wybitnie przeciwgnilne i wśród pewnych stosunków daje jéj pierwszeństwo przed sublimatem, a szczególną zaletą jéj jest jeszcze to, że nie jest trującą. (*Centrblt. f. pr. Augenheilk.*). *Dr. Bf.*

Choroby weneryczne i skórne.

Prof. Schwimmer (Buda-Peszt): **Choroby skórne w przebiegu influenzy.**

Wiadomo, że influenza łączy się z chorobami innych narządów, jak płuc, opłucny, ucha, mózgu itd. i wywołuje najczęściéj zapalenia ropne. W narządach tych wszędzie można było wykazać *pneumococcus*, przez Weichselbauma i Boucharda za przyczynę influenzy uważany. Choroba ta epidemiczna łączy się jednak także z niektóremi chorobami skórnemi, nie można jednak było w miejscach chorobą na skórze zajętych wykazać tego drobnoustroju. Jest więc rzeczą prawdopodobną, że występowanie powikłań skórnych polega na czynności odruchowéj. W Peszcie widział autor jako powikłanie występujące: *herpes*, *erythema*, *urticaria*, wysypkę zdrową i *psoriasis*. Inni autorowie dołączają do tego jeszcze wybroczyny w skórze, jak *purpura haemorrhagica*. *Herpes* występował najczęściéj na wargach, także jako *h. iris* i *urcinatus*. *Erythema exsudativum multiforme* było najczęstsze i zajmowało prawie całe ciało. W jednym przypadku wystąpiło jako *e. scarlatiniforme*. Najciekawszem jest wystąpienie łuszczycy w 3 przypadkach u osób przedtem na tę chorobę nie cierpiących. Jeszcze w 6 tygodni po skończeniu się influenzy wysypka istniała, aczkolwiek po leczeniu chryzarobiną ładnie ustępowała. Szukanie bakteryj jako przyczyny tych powikłań skórnych nie prowadzi do celu. Zmiany te według autora stanowczo na tle angijoneurotycznem polegają tak samo, jak niektóre wysypki po zażyciu pewnych lekarstw lub potraw. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 39). *Dr. Mendelsburg.*

VI. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Dbały o ułatwienie przewozu pielgrzymów, pochodzących z Bośni i Hercogowiny, c. k. rząd austryjacki, wydał także odnośne postanowienia, którym przyznać trzeba istotną praktyczność. Nie ufając w skuteczności na okrętach przewozowych, wysłano do Dżeddy własny parostatek „Rieka“. Ten zabrawszy pielgrzymów, pochodzących z Bośni, odbędzie z niemi kwarantanę w El-Thor. Ztąd uda się do Suezu, gdzie dr. Kłodzianowski, delegat austryjacki przy międzynarodowéj komisyi sanitarnéj w Aleksandryi podda pielgrzymów nowemu przeglądowi. Po czem parostatek „Rieka“ uda się bezpośrednio do Tryjestu i po odbyciu 7-dniowéj kwarantany w przystani San-Bartolomeo, oczywiście z zastósowaniem desynfekcyi tak pielgrzymów, jak załogi i okrętu, otrzyma prawo swobodnego już komunikowania z lądem. Tak określone ostrożności pozwalają ufać, że pobożni mahometanie Bośniacy nie staną się powodem do przerzucenia się zarazy ku prowincyjom adryjatyckich wybrzeży.

W krótkim więc stosunkowo czasie ustąpią z prowincyi Hedżaz sprawcy tegorocznego tam wybuchu cholery. Udający się do Indyi i archipelagu malajskiego, prócz tytułu „Hadży“ (pielgrzym) do miejsc świętych, pociągną z sobą i pierwiastki zakaźne, które nie zdołały przyswoić się na gruncie arabskim. Lecz niezaprzeczenie pozostawią tam sporo istót organicznych wsiąkniętych niejako w pulchną glebę okolic Mekki i Medyny, aby przy pierwszéj sposobności rozpocząć znowu przetrzebianie fanatycznych mas muzułmańskich i pobudzić rząd do przedsięwzięcia szczególnych środków ochronnych. Bo z odjazdem pielgrzymów, stan higijeniczny tak samych świętych miast Islamu, jak i ich okolicy wcale nie ulegnie polepszeniu. Gdy bowiem grozi niebezpieczeństwo, wszyscy, nie wyłączając nawet Cheryfa Mekki, usiłują je zażegnać. Z ustaniem jednak zarazy z ostatecznem pożegnaniem pielgrzymów i odejściem karawan, władza powróci do tradycyjnéj apatyi, a ogół tutejszy z całą właściwą mu hypokryzyją będzie obliczał zyski, otrzymane dzięki zaślepieniu niedawnych gości. Setki zaś z tych ostatnich, co padli jako ofiary zarazy i zostali pogrzebani w miałkich warstwach piasku, wytworzą tylko zaduchowe ogniska na tym olbrzymim cmentarzu, jakie tu zaznaczyło ich przejście.

A jednak każdorocznie kilka miesięcy dzieli chwilę odjazdu pielgrzymów z Mekki i Dżeddy od ponownego ich tu przybycia. Przy dobrych więc chęciach rządzców prowincyj, działających zwykle dość zgodnie ze wskazaniami komisyj sanitarnych, możnaby było zachęcić i samych mieszkańców do współudziału w zastosowaniu środków, dążących do polepszenia tu ogólnych warunków higijenicznych. Oczywiście, że poprawa ta mogłaby nastąpić tylko powolnie. Niemniéj jednak rezultaty jéj dałyby się odrazu ocenić. Z usunięciem bowiem zbiorników nieczystości przebiegających każdą ulicę, z zamknięciem dołów znajdujących się przed każdem domostwem, wrzucającem w nie wszystko co podlega usunięciu, z polepszeniem jakości wody przez sprowadzenie jéj ze źródła oddalonego o sześć kilometrów, a przez to samo i obniżenie jéj ceny, dochodzącéj do pięciu franków za tułum, zawierający około 70 litrów, rzuciłoby się pierwsze podstawy do przyszłych postępów higijenicznych w świętych miastach Islamu. Co zaś do cmentarzysk zwiększonych tu każdą pielgrzymką, to znany ich szkodliwy wpływ na ogólną zdrowotność w krajach północnych, w Arabii staje się jeszcze bardziéj wydatnym. Podobnie więc jak na pograniczu turecko-perskiem ustanowiono urzędników, czuwających nad przewozem trupów, tak również i w głównych miastach Hedżazu, należałoby utworzyć przy urzędach gminnych pewną liczbę dozorców cmentarnych, których zadaniem byłoby czuwanie nad grzebaniem zwłok podług przepisów policyi sanitarnéj, a nie podług muzułmańskiego rytuału! A to tem łatwiéj dałoby się przeprowadzić, gdy władze miejskie pobierają po 15 franków z każdego domu, na cel przeprowadzenia stósownéj kanalizacyi, utrzymania studni i cysteru w stanie czystości i czuwania nad rzeźniami, porozrzucanemi bezwładnie i będącemi prawdziwem ogniskiem gnilnych wyziewów. Wszystkim tym jednak życzeniom sprzeciwiają się dwie bardzo charakterystyczne przeszkody, które pospieszam zanotować. Pierwszą z nich jestto tradycyjne wschodnie niechlujstwo, nieustępujące przy najściślejszym nawet zastosowaniu pięciorazowych na dzień muzułmańskich ablucyj. Drugą zaś zakorzenione przekonanie, że choroby zakaźne, jakkolwiek częste w Hedżaz, to jednak nie proliferujące tu zbytecznie? I jak wybuch ich bywa gwałtowny, tak też i ustąpienie dość szybkie. Że zaś z ogromnéj liczby pielgrzymów padnie tu kilka setek, to i to bywa uważane przez tutejszych teologów za dowód większej czci wschodniego proroka i wszystko pozostaje po dawnemu. Tak, że pomimo niezaprzeczenie wytrwałych usiłowań tak komisyj sanitarnych międzynarodowych, jak i odnośnych zarządów służby zdrowia, długo jeszcze potrzeba będzie czekać na możność potwierdzenia, że święte miasta Islamu posiadają znośną wodę do picia i że choć w części pozbyły się otaczających je gnojowisk.

Pozostawmy więc na teraz muzułmańskich pielgrzymów siłą ostrożności sanitarnych zatrzymanych w lazaretach Kameranu i El-Thor i z nad wybrzeży morza Czerwonego przenieśmy naszą uwagę na okolicę porzecza Tygru. Szerząca się tam obecnie cholera z cechą bardzo widocznego rozwle-

kania się ku północy, zaprzeczyła wypowiedzianemu w roku przeszłym przypuszczeniu, że zaraza dosięgnąwszy do bram Mossulu, na téj miejscowości zakończy swe żniwo. Ten rodzaj zaufania w pośrednictwo samego ustroju geologicznego okolic południowego Kurdystanu, wydatna różnica warunków klimatycznych, nieporównanie pomyślniejszych po tamtéj stronie górskiego pasma Massis, aniżeli na pograniczu pustyni syryjskiéj, w istocie mogły rozbudzić nadzieję, że zaraza zatrzyma swój postęp przy 36° sz. północnéj. Zwinięto więc posterunki sanitarne przeszłoroczne i pewna otucha wstąpiła w przetrzebioną ludność, mianowicie po zauważeniu powrotu prawidłowszego stanu zdrowotnego.

Wszystko to jednak zawiodło. W drugiéj bowiem połowie tegorocznéj wiosny, parę przypadków cholery zostało potwierdzonych najprzód wpośród gromady Arabów beduinów, koczujących w pobliżu Mossulu, a następnie i w tem ostatniem mieście, bez możności jednak wykazania charakteru przerzutowego zarazy, czy też powstania jéj wskutek przyczyn miejscowych. Zatrwożona ludność wpadła w tak cechującą obojętność, że nie ruszając się z miejscowości uważanéj za oblężoną przez zarazę, poddała się zrządzeniom fatalizmu, przyjmowanemu tu za istotny czynnik w każdéj okoliczności. Łagodność patologicznych objawów zarazy, przebieg jéj nieco powolniejszy od zwykłego, mniejsza śmiertelność i częstsze przypadki powrotu do zdrowia cechowały cholerę w Mossulu i były uważane przez samych mieszkańców jako rodzaj wynagrodzenia za tak decydujące poddanie się silnie pogorszonym warunkom zdrowotnym. W istocie też zaraza trwała tu stosunkowo krótko, bo tylko do połowy maja i z nastaniem silniejszych upałów można ją było uważać za wygasłą w stolicy prowincyi.

Z nastaniem jednak pomyślniejszych warunków zdrowotnych w samym Mossulu z polepszeniem się jakości wody w Tygrze przez napływ wezbranych rozstopem śniegów kurdystańskich rzek i górskich strumieni, nagle i w sposób prawdziwie zdumiewający zaraza ukazuje się w północno-zachodniéj okolicy i wybucha w punktach zwanych Amadyja, Zacho i Dank, położonych na lewem porzeczu Tygru w malowniczych górskich dolinach, zasobnych w zarosty leśne i gdzie dotąd podług zapewnień mieszkańców, choroby zakaźne szerszego epidemijologicznego zakresu były prawie nieznane. Mieszkańcy téj okolicy, osiadłe plemiona kurdzkie, mahometanie i chrześcijanie, dzięki wpływowi misyjonarzy francuskich, słyną jako pracowici, zamożni i dbali o czystość i porządek w swych osadach. Wyżéj też wspomniane wioski, posiadają porządne i wygodne zabudowania.

Największa z nich Amadyja ze starym zameczkiem jakiegoś kurdystańskiego feudała, rozsiadła na szczycie wyniosłego wzgórza, którego skłony pokrywają winnice, a całe podnóże otacza piękny las dębowy, oddawna jest tu cenionym punktem, do którego udają się mussulioci, potrzebujący zmiany powietrza. Gdy jeszcze dodam, że w czasie trwania ostatniéj cholery w Mossulu, stosunek miasta z okolicą był prawie przerwany, dojdziemy do przypuszczenia, że przyczynę wybuchu zarazy należy tam przypisać przerzuceniu się i przetrwaniu pierwiastków zakaźnych jeszcze z epidemii roku przeszłego, lub też przypuścić jako prawdopodobny wpływ warunków czysto miejscowych. Do przyjęcia pierwszego z tych powodów skłania mnie jeszcze i ta okoliczność, że w roku przeszłym żadne środki ostrożności sanitarnych nie zmuszały mieszkańców zakażonych okolic do trzymania się swych zagród. Przy pozostawionéj więc swobodzie przenoszenia się z miejsca na miejsce, a głównie szukania schronień w górskich dolinach przed zarazą prześladującą od południa, można przypuścić przerzut jéj do okolic dotąd nie dotkniętych, jużto przez pojedynczych podróżnych już też za pośrednictwem karawan, używanych tu do przewozu towarów i produktów gospodarstwa wiejskiego. Etyjologija zaś wpływów miejscowych na wybuch cholery w okolicach porzecza Tygru da się jeszcze oprzeć i na fakcie istnienia zapaleń i ostrych nieżytów jelit, które szerząc się pośród mieszkańców wyżéj wymienionych okolic, nieleczone oczywiście i zaniedbane, przygotowały niejako do wykłucia się pierwiastków zakaźnych, daleko groźniejszych w swych następstwach. O ile zaś cholera okazała się łagodną w Mossulu, o tyle znowu w pobliskich okolicach, tak same jéj przypadki, jak pośpiech i kierunek szerzenia się przy gwałtownych przeszkodach, okazywały niezwykłą energiję.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 stycznia. N. Pan nadał prezesowi Akademii Umiejętności w Krakowie Drowi Józefowi Majerowi godność tajnego radcy z uwolnieniem od taksy.

Najwyższa godność, jaka w państwie austro-węgierskiem udzielaną bywa mężom zasłużonym, dostała się tym razem w udziale Mężowi, który pod każdym względem jest chlubą naszą. Józef Majer może z dumą szlachetną stósować do siebie pamiętne słowa wielkiego hetmana naszego: jak tamten urósł on nie z soli, ani z roli, tylko z tego co boli. — Znane są we wszystkich dzielnicach ojczyzny naszéj zasługi jego, które położył jako profesor, rektor, prezes Towarzystwa naukowego a następnie jako prezes Akademii nauk. Podtrzymywał on tradycyję narodową w czasach ciężkich a jak sternik burzą srogą nie skołatany doprowadził nawę do portu i doczekał się lepszych czasów, nie zwątpiwszy o przyszłości. A gdy po tylu zaszczytach na schyłku pracowitego i dla kraju wylanego żywota z łaski wspaniałomyślnego Monarchy doczekał się tego nowego uznania, tyle zaszczytnego nietylko dla niego samego, ale i dla nauki polskiéj, kraj cały, a przedewszystkiem lekarze krajowi, którzy prawie wszyscy z dumą zaliczają się do jego uczniów, z niekłamaną radością składają mu serdeczne życzenia, które niezadługo wyrażą mu ponownie z powodu nadchodzącego 60 letniego jubileuszu doktorskiego. Oby czcigodny Nestor nasz długo jeszcze cieszył się bogatym plonem pracowitego żywota swego, oby długo jeszcze przyświecał młodszym pokoleniom jako świetny wzór i dowód, że prawdziwa zasługa i nieznużona praca i w naszych czasach uznania doczekać się mogą.

* Na posiedzeniu odbytem w d. 23 stycznia Wydział lekarski U. J. wyznaczył komisyję, złożoną z proff. Blumenstoka, Browicza i Cybulskiego, którzy razem z delegowanymi przez Wydział filozoficzny członkami proff. Czernym, Sokołowskim i Wierzejskim mają zastanowić się nad kosztami urządzenia Muzeum antropologicznego. W sprawie założenia Wydziału lek. we Lwowie imieniem komisyi zdawał sprawę prof. Rydygier.

Od komitetu VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Komitet gospodarczy VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości tematy, które w sekcyjach medycyny teoretycznéj, medycyny wewnętrznéj, ginekologicznéj, okulistycznéj, medycyny sądowéj i chirurgicznéj mają być przedmiotem obrad na posiedzeniach tychże sekcyj, a mianowicie:

A) W sekcyi medycyny teoretycznéj:

1. O zatruciach ustroju, wywołanych przez zasady organiniczne zwierzęce, ptomainy i leukomainy. (Referent Dr. Pruszyński z Warszawy, Dr. Opieński z Krakowa).

2. Hypnotyzm u zwierząt w zestawieniu i porównaniu z hypnotyzmem u ludzi. (Referent Dr. E. Biernacki z Warszawy, prof. N. Cybulski z Krakowa).

B) W sekcyi medycyny wewnętrznéj:

1. O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na leczenie tych chorób.

2. O mięszanem zakażeniu (*Mischinfection*).

3. Czy w krztuśćcu skuteczniejsze jest leczenie miejscowe czy też wewnętrzne.

4. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii z wynikami intubacyi krtani metodą O'Dwyera.

5. O leczeniu klimatem swojskim (*Climatotherapia nostras*).

C) W sekcyi ginekologicznéj:

1. Postępowanie w przypadkach nieustających wymiotów (*Hyperemesis gravidarum*).

2. Postępowanie wobec włókniaków macicy (*fibromyomata uteri*).

3. Postępowanie w przypadkach niestosunku porodowego wyższego stopnia.

D) W sekcyi okulistycznéj:

1. Przyczyny i leczenie oderwania siatkówki. Ref. Dr. Wicherkiewicz z Poznania.

2. Antyseptyka w okulistyce. Ref. Dr. Ziemiński z Warszawy.

3. O leczeniu jaglicy. Ref. Dr. Sroczyński z Krakowa.

E) W sekcyi medycyny sądowéj:

O wynikach badań mikroskopijnych rowków szyjnych u powieszonych i zagardlonych, oraz wartości praktycznéj tychże badań pod względem sądowo-lekarskim z przedstawieniem preparatów mikroskopijnych. Ref. Dr. Obtułowicz z Buczacza.

F) W sekcyi chirurgicznéj:

1. O narkozie chloroformowéj i środkach znieczulających.

2. O leczeniu grużlicy miejscowéj.

O powtórzenie téj wiadomości uprasza się wszystkie pisma lekarskie polskie.

IV. Zjazd lekarzy rosyjskich ku uczczeniu pamięci Pirogowa.

Dnia (3) 15 stycznia został otwarty IV. zjazd lekarzy rosyjskich w Moskwie, w którym do (8) 20 b. m. wzięło udział 1358 członków. Zebrani obradowali w 12 sekcyjach, z których szczególnie zasługuje na uwagę sekcyja XII., w któréj miano się zajmować sprawami dotyczącemi bytu lekarzy.

Pierwsze posiedzenie, które się odbyło dnia 15 (3) stycznia w sali klubu szlachty rosyjskiéj w Moskwie zagaił Prof. Sklifossowski przemówieniem, w którem wskazał na doniosłe znaczenie zjazdów dla Rosyi, dla rozwoju stanu lekarskiego i dla współdziałania naukowego lekarzy praktycznych i Uniwersytetów. Następnie poświęcił słów kilka nowemu wynalazkowi Kocha, w których zaznaczył, że okrywanie tajemnicą tego środka przeciwgruźliczego sprzeciwia się wprost moralnym zasadom, obowiązującym stan lekarski.

Przewodniczącym został obrany Dr. Sutugin, a sekretarzem Prof. Danilewski z Charkowa.

Pierwszy głos zabrał Prof. Erismann w historyi „Walki ze śmiercią“ i w przemówieniu swojem główny nacisk położył na potrzebę ścisłego przestrzegania warunków higijenicznych wśród całego społeczeństwa. Dla zapobieżenia śmiertelności jako złemu, które dotyczy całego ogółu, nie wystarczają zabiegi indywidualne, tu potrzeba pewnéj organizacyi, obejmującéj całe społeczeństwo, a prowadzącéj do poprawy stosunków higijenicznych. Prof. Danilewski mówił: o „Hypnotyzmie u ludzi i zwierząt“. Na drugi dzień rozpoczęły się obrady sekcyj. Limfa Kocha była przedmiotem obrad tak ze strony chirurgów, jakoteż terapeutów i patologów. Pozytywnych jednak faktów podano mało, a to z tego powodu, że po pierwsze liczba doświadczeń była niedostateczną, a powtóre, że czas leczenia był za krótki. Wogóle jednak opinija członków zjazdu o szczepiance Kocha była nie najlepszą, zwłaszcza gdy Prof. Sklifossowski przytoczył jeden przypadek śmierci (na własnéj klinice) po wstrzyknięciu limfy, mimo, że z drugiéj znowu strony inni mowcy a między nimi Prof. Czyrjew z Moskwy przedstawiali pomyślne kliniczne doświadczenia z tym środkiem.

* Z „Gazety Rzeszowskiej“ (Nr. 1. z dnia 25 styczynia) otrzymujemy następującą wiadomość o dentystyce w Rzeszowie:

„Naraz w Rzeszowie, pisze gazeta, mamy aż dwóch czy trzech dentystów, którzy dużymi afiszami ogłaszają *urbi et orbi*, że po długoletniéj nauce i praktyce w Londynie, Paryżu i Berlinie, a szkoda że i nie w Pacanowie — osiedli w Rzeszowie, by swymi wyrobami dentystycznymi uzbrajać bezzębne szczęki, a względnie w sposób mniej lub więcéj bolesny uzębione pozbawiać zębów. Nie wiemy tylko, czy walczący afiszami o prym ze sobą „technicy dentystyczni“ są upoważnieni do wykonywania takich operacyj i czynności, jakie tam na afiszach wymieniają. Okólnik ministerstwa spraw wewnętrznych wyraźnie powiada, że tylko sporządzanie sztucznych zębów i szczęki jest wolnem prawem zarobkowania. Wykonawcom takich zębów, jeżeli nie są lekarzami, zabronioną jest każda operacyja, jakoteż montowanie (plombowanie) i wstawianie zębów. Rozporządzenie to oddaje cały zakres dentystyki w ręce lekarzy a tylko *per nefas* przywłaszczają sobie wykonywanie takowéj różni technicy, którym w celach leczniczych do jamy ustnéj nawet zaglądać nie wolno, a tem mniéj leczeniem się zębów zajmować i operacyje dentystyczne wykonwać. Jestto po części winą lekarzy samych, że nie przestrzegają praw swoich, a po części i niewiadomość publiczności, że oddaje się w ręce niepowołane. Ufamy, że kompetentna władza, troskliwa o bezpieczeństwo ogółu, wskaże technikom dentystycznym granice, których nielekarzowi przekraczać nie wolno, a pouczy każdego, że prócz wyrabiania zębów i szczęk, bez kierownictwa i wskazówek lekarskich niczego więcéj mu wykonywać nie wolno. Publiczność nie będzie miała wówczas powodu uskarżać się na łamanie zębów i nadwyrężanie szczęk przy ekstrakcyjach się wydarzające, oraz na daremne wydatki z powodu niestosownego plombowania, bo lekarze dadzą jéj umiejętną pracę i rękojmię pewniejszą.“

(o) Jako ostrzeżenie dla lekarzy, jak niesłychanie ważną jest desinfekcyja rąk przy badaniu, choćby ze względów czysto egoistycznych, niech posłuży okoliczność, że Dr. Symonds w praktyce swéj miał 5 przypadków wrzodu kiłowego pierwotnego na drugim palcu prawéj ręki; wszystkie u lekarzy zajmujących się praktyką położniczą.

(o) W Odessie skazał lekarza Dra G. sąd okręgowy na 5 dni aresztu za to, że nie chciał udzielić pomocy lekarskiéj ubogiéj rodzącéj, żądając wynagrodzenia z góry. Rodząca ta umarła w szpitalu z następstw braku wcześniejszéj pomocy.

* W tygodniu 2-gim (11—17 stycznia) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 54, skonów 61 (42·56), z tych z zapalenia płuc 12, z grużlicy 10, z dławicy i błonicy 3, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. R e n v e r s, asystent kliniki lek. otrzymał tytuł profesora. — **Lipsk.** Docenci S c h r ö t e r i S ä n g e r mianowani profesorami nadzw. — **Petersburg.** Dr. S c z e l c o w habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj.

* **Wiadomości osobiste.** Prof. anatomii w Charkowie Dr. W a g n e r został wyniesiony do godności radcy stanu. — Gubernijalny zarząd miasta Woroneż przeznaczył 125,000 rubli na urządzenie zakładu dla obłąkanych.

* **Wiedeń.** Otwarty tu został nowy szpital, przeznaczony dla młodzieży akademickiéj, a zbudowany przez stowarzyszenie akademickie. Szpital ten mieści w sobie 37 łóżek a przełożonym jego jest Dr. R a e t e n b a c h e r.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł w 71 roku życia Dr. Henryk O b e r s t e i n e r, ojciec profesora psychijatryi, b. lekarz przyboczny cesarza Maksymilijana i wspólnie ze zmarłym prof. Seidendorfem przez długi czas kierownik zakładu dla chorych umysłowych w Döblingu. — Były Prof. medycyny wewn. w wojskowo-lekarskiéj Akademii Dr. Dimitr K o s z ł a k ó w zmarł w 57 r. życia. — W Paryżu zmarł w 82 r. życia słynny lekarz obłąkanych J. B a i l l a r g e r jeden z wybitniejszych uczniów Esquirola.

Rosyja. Świeżo obchodzono 2 jubileusze — prof. K a r a w a j e w w Kijowie i Dr. C z e c z o t w Petersburgu. 1-szy obchodził 50-letni jubileusz służby profesorskiéj (anomalija w dzisiejszych czasach!). Rząd podniósł go do godności rz. tajnego radcy, a deputacyja uczniów i kolegów ofiarowała jubilatowi adres upiększony winietką, w któréj pomieszczono 4 akwarele, przedstawiające 4 ważniejsze operacyje, w których celował prof. K., adres ten „p i e r w s z e m u dziekanowi lek. wydz. kij. uniw.“, włożony był w futerał dębowy, na którego drzwiczkach wycięto lata 1840 i 1890. — Dr. C z e c z o t, petersb. psychijatra i neuropatolog, obchodził 25-letni jubileusz swéj służby w szpitalu św. Mikołaja, gdzie jest już 10 lat naczelnym lekarzem; koledzy ofiarowali jubilatowi srebrny kałamarz, z wyrytemi imionami ofiarodawców, nie obeszło się i bez tradycyjnych bukietów. — Musimy wspomnieć o nowym ofiarodawcy, małoruskim bogaczu: p. T e r e s z c z e n k o złożył w kijowskiéj dumie 75,000 rs. na urządzenie szpitala dla wyrobników. — Donoszę Wam o tragicznéj śmierci słynnego petersb. chirurga, Dra R e y e r a w d. 13 stycznia: na polowaniu zdrzemnął się, obudziwszy się trącił fuzyją, nastąpił wystrzał, przyczem kula przez podbródek weszła do czaszki. — Prof. S k l i f o s s o w s k i świeżo został mianowany tajnym radcą, a neuropatolog mosk. prof. K o ż e w n i k o w udekorowany orderem św. Anny I-éj klasy. — Konferen-

cyja, woj. med. akademii 2 razy odrzucała propozycyję przyjęcia udziału w doświadczeniach leczenia sposobem Kocha, zostawiając to do woli swym członkom, jako osobom prywatnym.

Dr J. T.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 3: Ś. p. Wiktor Szokalki; M. Arnsteina: Przyczynek do leczenia gruźlicy metodą Kocha; — Wykład Prof. Dra Jakscha.

Redakcyja otrzymała:

Prof. CYBULSKI: O ucisku mózgu. Kraków, 1891 (osobne odb. z *Pamięt. I. Zjazdu Chirurgów Polskich*). Tenże: Mierocalorimètre, nouvel appareil. Extrait du bulletin de l'Acad. des sciences de Cracovie 1891. — Dr. HARAJEWICZA: O leczeniu gimnastycznem chorób niewieścich sposobem Thure-Brandta. Kraków, 1891. — Jana SEDZIAKA: W kwestyi rozpoznawania oraz leczenia tak zw. Wyrośli adenoidalnych (odbitka z *Gaz. Lek.*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej kliniki lekarskiéj we Środę dnia 4-go lutego o godzinie 6-téj po południu. Porządek dzienny: 1) kol. Gabryszewski: O ranach postrzałowych (z demonstracyjami). 2) kol. Wilkosz: wykład zapowiedziany na poprzedniem posiedzeniu. 3) kol Surzycki: O nowych lekach nasennych.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego krak.** odbędzie się dnia 3-go lutego b. r. w pracowni prof. Marsa o godzinie 6-téj wieczorem. Porządek dzienny: 1) kol. Braun wygłosi odczyt pod tytułem: „O rozmiękczeniu kości (*osteomalacia*) u rodzących i leczeniu tejże przez wycięcie jajników po dokonanem cięciu cesarskiem zachowawczem".

We Środę dnia 4-go lutego o godz. **5** popoł. (a więc przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) odbędzie się w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj XV-te zwyczajne Zgromadzenie ogólne *Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich*, na które Szanownych Członków i Prenumeratorów uprzejmie zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Rok XXX. Kraków, 7 Lutego 1891. Nr. 6.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 5 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O uleczněj formie „tabes".

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Od czasu, kiedy Fournier wykazał, że uwiąd rdzenia jest chorobą rdzenia na tle kiły się rozwijającą, powstał cały szereg prac[1]), które starały się wyjaśnić stosunek uwiądu rdzenia do kiły. Nader ożywione zajęcie się tą sprawą miało w tem swoją przyczynę, że nagle zaświeciła nadzieja, że uwiąd rdzenia, do tego czasu uważany za chorobę nieuleczną, przecież należeć będzie do chorób ulecznych. Oczekiwania jednak w większéj części zawiodły.

Wprawdzie prawdą jest, jak to przedewszystkiem badania statystyczne Erba wykazały, że znaczny procent przypadków uwiądu rdzenia polega na zakażeniu kiłowém; ale tak samo jest pewnem, że znaczna większość tych przypadków opiera się leczeniu przeciwkiłowemu. Wprawdzie pojedyncze przypadki uwiądu rdzenia przy leczeniu przeciwkiłowem poprawiały się, nawet objawy uwiądu zupełnie ustąpiły, ale nie mówiąc już o tem, że to były osobliwe wyjątki, to jeszcze dokładna analyza takowych pokazuje, że to nie były wcale przypadki czystego zwyrodnienia sznurów tylnych, tylko postacie owéj choroby, która okazuje objawy odpowiadające mniéj lub więcéj objawom uwiądu rdzenia, a która, jak to wykazały przedewszystkiem badania Westphala, Jürgensa i innych, polega na swoistem zajęciu opon mózgu i rdzenia: *meningitis cerebro — spinalis gummosa.*

Od czasu kiedy to poznano, stało się mniemanie dominującem, że na uwiąd rdzenia, jakkolwiek ten w tak bliskim stoi stosunku do kiły, leczenie przeciwkiłowe nie ma żadnego wpływu. A doświadczenie na tem polu miało daléj wykazać, że takie leczenie częściéj wpływa niekorzystnie, jak korzystnie na przebieg wiądu rdzenia.

I tak z pełnego nadziei oczekiwania, że uwiąd rdzenia da się uleczyć leczeniem przeciwkiłowem, przeszli autorowie znów w okres powątpiewań co do uleczności uwiądu rdzenia.

Że ta rezygnacyja jest nieusprawiedliwioną, a przeto szkodliwą, wykażą niżéj opisane przypadki chorobowe. Jeśli im się uda znów wzbudzić zaufanie dla swoistego leczenia uwiądu rdzenia, to doświadczenie wkrótce zestawi odpowiedni materyjał, który wykaże, czy pewne cechy, które okazywały moje przypadki, nie posiadają cech dowodzących uleczności *tabes.* Przypadki przezemnie obserwowane były następujące:

Przypadek I. H. S. mężczyzna 44-letni, zauważył w 8 dni po operacyi na szyi na oddziale chirurgicznym prof. Dra Obalińskiego w chwili, kiedy już miał szpital opuścić, nagle bez wszelkich zwiastunów powstałe osłabienie kończyn dolnych. Było to z końcem stycznia 1888 r.

Rana operacyjna była już zagojoną, a chory miał właśnie opuścić szpital, gdyż się pokazało, że niedowład kończyn, na który chory z początku mało zwracał uwagi, nie dozwolił mu urzeczywistnić tego zamiaru. Dnia 19-go marca widziałem chorego, którego prof. Obaliński mi łaskawie przedstawił, po raz pierwszy. W czasie tym okazywał chód wybitnie niezborny obok znacznéj niepewności w ruchach i brak energii i siły w pracującéj muskulaturze.

Chory mógł tylko z wielkim wysiłkiem utrzymać się na nogach i z wielkiem natężeniem się posuwać.

Chód we wszystkich szczegółach odpowiadał temu, jaki opisałem w mem dziele o chorobach zwyrodnienia rdzenia pacierzowego[1]), na pewnym przypadku wybitnym. Tutaj więc tem się zadowalam, że odsyłam czytelnika do téj pracy.

[1]) Rumpf: *Die syphilischen Erkrankungen des Nervensystems.* Wiesbaden 1888. s. 368.

[1]) *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes.* Stuttgart 1888. Ferd. Enke, s. 74.

Dokładniejsze badanie chorego wykazało: schudnienie całego ciała, szczególniéj lewej kończyny dolnéj, lekki ból głowy, nieznaczną różnicę w szerokości obu źrenic, prawa nieco szersza i trochę leniwiéj oddziaływała na światło, przedewszystkiem jednak wybitny niedowład dolnych kończyn. Wprawdzie był chory w stanie, leżąc na wznak, wykonać takowemi wszystkie ruchy, ale były do tego potrzebne znaczne natężenie się chorego, a ruchy te wykonywał z małą energiją.

Badanie ruchów biernych wykazało, że stawy bardzo były wiotkie, odruchów ścięgnistych brak zupełny. Czucie jednak we wszystkich rodzajach było utrzymane, czucie mięśniowe niezmienione, a funkcyje organów brzusznych i miednicy z wyjątkiem pewnego osłabienia (atonii) jelit zupełnie prawidłowe.

Niedowład kończyn dolnych szybko się powiększał. Z końcem lutego, a więc w miesiąc po rozpoczęciu się choroby, mógł się chory utrzymać na nogach tylko przy pomocy kija i tylko z trudnością posuwać się naprzód. Wkrótce stracił i tę resztę swéj siły; przy każdéj próbie, w której chciał się utrzymać na nogach, kolana odmówiły posłuszeństwa i wnet był tak dalece porażonym, że nawet nie był w stanie bez pomocy w łóżku zmienić swego położenia i tylko trochę mógł poruszać nogą prawą w kolanie i biodrze. W czasie, gdy kończyny dolne i muskulatura kadłuba zupełnemu uległy porażeniu, nastąpiły i zboczenia w czuciu podmiotowem, gdyż chory skarżyć się zaczął na pewne uczucie zdrętwienia w rękach i nogach, które nie polegało na jakiemś wykazalnem zaburzeniu w czuciu. Uczucia opasania nie było.

Porażenie w dalszym ciągu przeszło z kadłuba na kończyny górne. I tu także takowe objawiło się w dwojaki sposób, a mianowicie w niepewności pojedynczych ruchów i w zmniejszeniu się grubéj siły mięśniowéj.

Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów pozostała ciągle n i e z m i e n i o n ą. Wszędzie była pobudliwość elektryczna zupełnie dobrze utrzymana, jak to pouczyło porównanie ze zdrowemi nerwami i mięśniami, a nawet ilościowo nie była zmniejszoną.

Także i na działanie prądu stałego mięśnie kurczyły się według prawidłowego wzoru.

D a l s z y p r z e b i e g c h o r o b y b y ł b a r d z o p o m y ś l n y m.

W maju chory rozpoczął już chodzić i w czasie tym można było tylko skonstatować pewną słabość w mięśniach i brak odruchów ścięgnistych.

W czerwcu znikły i te znaki dawnéj choroby, gdyż wszystkie funkcyje wróciły do normy, a nawet objaw kolanowy dał się wykazać. Od tego czasu minęły 2 lata, a były chory z u p e ł n i e j e s t z d r o w y m.

P r z y p a d e k II. Dnia 16 marca tego samego roku p. prof. R o s n e r przedstawił mi chorego, u którego następujące zauważyłem objawy: Chory, mężczyzna z klasy robotniczéj, liczący lat 45, silnie zbudowany, cierpiał na znaczne osłabienie dolnych kończyn. Stać i chodzić mógł tylko w ten sposób, gdy opierał się obiema rękami na kiju i gdy go z obu stron przytrzymano. A i wtedy chód jego był bardzo niezgrabnym i niepewnym, więcéj to było posuwanie i pociąganie nóg, jak rzeczywistem chodzeniem. Szczegółowe badanie schorzałych kończyn wykazało drganie włókienkowe mięśni i osłabienie siły mięśniowéj, mimo że takowe okazywały dobre odżywienie.

Co do r u c h ó w c z y n n y c h to leżąc na wznak mógł tylko wykonywać takie ruchy, przy których nie potrzeba większéj siły, a mianowicie mógł poruszać palcami, mógł abdukować i addukować kończyny i zginać w stawach stopowych i kolanowych. Nie mógł jednak chory przy wyciągniętych kolanach podnosić nóg. A przy staniu nie był w stanie podnieść nóg nawet na kilka cali.

Badanie r u c h ó w b i e r n y c h kończyn chorych wykazało zupełne zwiotczenie we wszystkich stawach i przy biernem zginaniu w kolanach dziwne zjawisko t. z. *contractio paradoxa* w zginaczach. Objawów ścięgnistych brak zupełny. C z u c i e za to we wszystkich rodzajach było p r a w i d ł o w o utrzymane.

Prócz tego znacznego niedowładu dolnych kończyn jeszcze można było zauważyć następujące objawy: ze strony sfery motorycznéj wyraźne osłabienie mięśni grzbietu tak, że chory grzbiet ku przodowi pochylony tylko z wielkiem natężeniem sił mógł wyprostować, wyraźne osłabienie kończyn górnych, które lekko drżały i których ruchy czynne z łatwością można było upośledzić, lekki niedowład w zakresie gałęzi ustnych nerwu twarzowego prawego, wyraźne rozszerzenie źrenicy po téj saméj stronie i impotencyja; — w sferze czuciowéj: uczucie mrowienia w rękach i nogach, uczucie zdrętwienia i zimna w nogach, ból przy ucisku kręgosłupa w okolicy lędźwiowéj i dolnéj piersiowéj i wyraźne uczucie opasania.

Wszystkie te tak ciężkie objawy b a r d z o s z y b k o się rozwinęły. Jeszcze przed 4 tygodniami chory posiadał wszystkie swe siły fizyjologiczne. Dopiero od tego czasu pojawił się niedowład kończyn dolnych, a późniéj bardzo gwałtowny ból głowy i pewna trudność przy oddawaniu moczu. Już w czwartym tygodniu po rozpoczęciu się tych objawów rozwinęły się szybko dalsze wyżéj wymienione.

A l e z r ó w n ą s z y b k o ś c i ą, z j a k ą c h o r o b a s i ę r o z w i n ę ł a, u s t ą p i ł a o n a z n o w u.

Już 27 kwietnia, a więc zaledwie 5 tygodni późniéj, mogłem następujący stan u chorego skonstatować.

Chory chodzi bez pomocy, a nawet nie opiera się na kiju. Chód jest jeszcze nieco niepewnym i chodząc chory nogi za sobą ciągnie, ale chód jest dość silnym. Każdy silniejszy ruch wywołuje drganie najwięcéj natężających się mięśni tak, że całe ciało chorego skutkiem tego zostaje wprawionem w drżenie. I tak przedewszystkiem widzieć można, że gdy się chory z pozycyi siedzącéj podnosi, że całe ciało drży. Także podczas spokoju widać drgania włókienkowe we wszystkich mięśniach. Jednak chory wykonywa wszystkie ruchy już dość dobrze i zgrabnie, jakkolwiek siła mięśni po stronie prawéj nie doszła jeszcze do normy. Ustąpiły parestezyje w rękach i nogach, a także i bolesność przy ucisku dolnéj części kręgosłupa. Utrzymuje się jeszcze uczucie opasania i różnica w szerokości źrenic. I odruchów ścięgnistych brak jak przedtem.

Ale ta reszta osłabienia wkrótce ustąpiła, a chory opuścił wyleczony dnia 9 maja, więc w czwartym miesiącu choroby, szpital. Obecnie jest zupełnie zdrowym i czynnym jako stangret.

R o z b i ó r k l i n i c z n y. W obu przypadkach przebieg i zbiór objawów klinicznych są identyczne i nadzwyczaj charakterystyczne.

Mężczyźni w sile wieku dość nagle zapadają na osłabienie kończyn dolnych i szybko wśród objawów więcéj lub mniéj ataktycznych zostają zupełnie porażeni. Przytem nikną objawy ścięgniste, występuje bolesność przy ucisku dolnéj części kręgosłupa i powstają parestezyje, mrowienie w podeszwach, palcach nóg i rąk, uczucie opasania i zimna — zupełnie jak w zwyczajnym uwiądzie rdzenia. Czucie przedmiotowe zostaje przytem prawidłowe, a pobudliwość elektryczna niezmieniona.

Sprawa ta zajmuje w wszystkich przypadkach najprzód kończyny dolne, może jednak późniéj przejść na pęcherz, muskulaturę kadłuba, a nawet na konczyny górne.

Jeśli zostaje zajętą i głowa, wtedy objawy tutaj należące zwykły być pierwszemi, które klinicznie na jaw występują. Zwyczajnie polegają te objawy na bólu głowy, różnicy w szerokości źrenic i niedowładzie pojedynczych nerwów mózgowych.

P o t e m te objawy z taką szybkością ustępują, z jaką powstały, tak że cała ta sprawa w przeciągu 4 do 5 miesięcy może ustąpić.

R o z p o z n a n i e. Paraplegije, które jak u naszych chorych szybko się rozwijają, zwykły być następstwem dwóch spraw; albo zapalenia pni nerwowych obwodowych — albo ich ośrodków leżących w rdzeniu. U naszych chorych jednak obie te sprawy wykluczyć było można.

Przeciw zapaleniu nerwów przemawiały brak wszelkich objawów zapalnych i brak zaburzeń czuciowych przedmiotowych w kończynach porażonych; daléj jednostajność, w jakiéj sploty nerwowe tychże kończyń w całości zostały zajęte, objawy które równocześnie wystąpiły na kończynach górnych i na głowie, oddziaływanie elektryczne porażonych obszarów itd. Te same powody wystarczyły również do wykluczenia zapalenia rogów przednich rdzenia pacierzowego t. z. *poliomyelitis.* (Dok. nast.)

II. Nieopisane dotychczas zmiany w prątkach gruźliczych po wstrzykiwaniach limfy Kocha

opisał

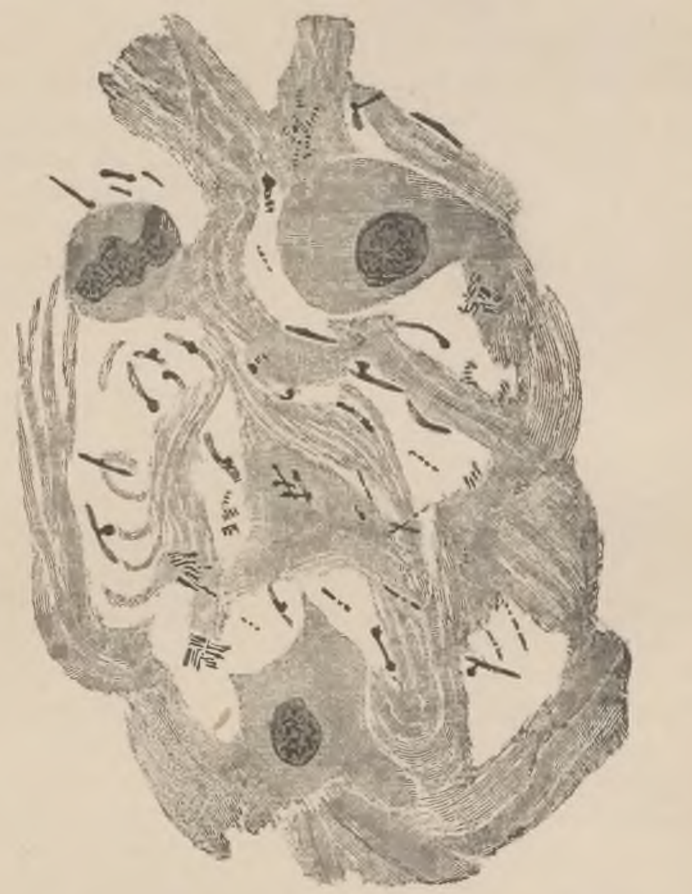
Prof. Dr. Longin Feigel

prosektor szpitala powszech. lwowskiego.

Prof. Fraentzel podaje (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47 z 20/11 1890) na podstawie swoich badań, iż pod wpływem zastrzykniętéj podskórnie limfy Kocha występują bardzo często pewne zmiany w prątkach gruźliczych, a mianowicie: a) najczęściéj bywają prątki gruźlicze mniejsze i o połowę węższe, niż przed zastrzyknięciem limfy; b) pewna ich część okazuje postać biszkoptową, t. j. prątki są na obu końcach jakby lekko obrzmiałe; c) pewna część prątków jest w srodku przerwaną; d) inna część prątków składa się tylko z drobinek perełkowato obok siebie ułożonych (częstokroć po 4), chociaż zmiany ostatnie widzi się niekiedy i bez zastrzykiwań limfy Kocha, w przypadkach długotrwałej gruźlicy rozpadowéj.

Poszukując u blisko 100 chorych na wielu wyrobach prątków gruźliczych i ich zmian w plwocinach, tak bez wstrzykiwania limfy i przed takowem, jakoteż po zastrzyknięciach chorym limfy Kochowskiéj, muszę przyznać, iż w bardzo wielu przypadkach widoczne były, po wstrzyknięciach limfy chorym, powyż opisane przez Fraentzla zmiany w prątkach gruźliczych, aczkolwiek w rzadkich co prawda przypadkach podobne zmiany napotykałem i bez poprzednich zastrzykiwań limfy w plwocinach u niektórych chorych na gruźlicę.

W ostatnim czasie zdarzyło mi się jednak u trzech chorych z oddziału II chor. wewn. Wgo Dra Opolskiego, które otrzymały po kilka razy zastrzykniętą limfę kochowską, a to u Schaltner, Celnik i Hudnik, napotkać przy badaniu szczególniejsze zmiany w prątkach gruźliczych, które są tak uderzające i ciekawe, iż sądzę się usprawiedliwionym, jeżeli takowe pokrótce opiszę; dla lepszego wyjaśnienia jednak dodaję do opisu tego rycinę, która przedstawia prątki rozmaicie po zastrzykiwaniach zmienione, zwłaszcza zaś ze zmianami, które opisać zamierzam. Zmiany te spostrzegł pierwszy pracujący w méj pracowni podczas świąt JP. Eugeniusz Polończyk, słuchacz medycyny w Krakowie, któremu za współudział w pracy i za wykonanie ryciny niniejszem składam serdeczne podziękowanie.



Zmiany, o których mówię, polegają na tem, iż na prątkach, częstokroć nieco ścieńczałych, niekiedy zaś wrzecionowato ku jednemu końcowi coraz to bardziéj ścieńczających się, widać przy jednym końcu kuliste wypuklenie, które zawsze ma większą średnicę od grubości prątka, niekiedy średnicą swą przechodzi półtory grubości prątka, i zwykle jest mocno ciemno czerwono zabarwione, niekiedy tylko okazuje w samym środku jaśniejsze kółko, podczas gdy cały prątek jest zwykle o wiele jaśniéj zabarwiony. W innych prątkach kuliste takie wypuklenia widać w ciągu długości prątka, często na wypukłości pod kątem zagiętego prątka; w innych razach posiada jeden prątek przy obu końcach podobne, mocno zabarwione, kuliste wypukłości; w rzadkich wreszcie przypadkach kuliste to wypuklenie widać w pewnéj, drobnéj odległości ułożone obok prątka, połączone jednakże z takowym wyraźną wypustką. W jeszcze rzadszych przypadkach napotkaliśmy w ciągu długości prątka 2 i 3 podobne wypu-

klenia mocno barwikiem zabarwione, oddzielone od siebie jasnemi częściami prątka.

Wszystkie prątki podległe wyżéj opisanéj zmianie barwią się w całości nieco lub wybitnie słabiéj od prątków normalnych, tylko miejsca zgrubienia wewnątrz niektórych prątków, kuliste wypuklenia końcowe lub boczne, wyglądające jakby skupienie się pierwoszcza w tych miejscach lub wystąpienie jéj częściowe z prątka, okazuje silne, wysycone zabarwienie. W przypadkach, w których obraz dotyczący ograniczył się tylko do zgrubienia w pewnem miejscu, prątki zachowały prawie normalną grubość, utraciły tylko zdolność silnego barwienia się; gdzie zaś kuliste wypuklenie to wystąpiło jakoby z prątków i leży po za niemi, widzieliśmy prątki niekiedy nawet mocno ścieńczałe, niekiedy zaś sprawiały one wrażenie pozostałych, blado zabarwionych i pokurczonych osłonek. W przypadku daleko obok prątka wysuniętéj kulistéj wypukłości, tak ta ostatnia, jak szypułka jéj wchodząca wyraźnie w głąb prątka i nagle urywająca się tu, były mocno zabarwione, ciemno-czerwone, podczas gdy reszta prątka była wybitnie blado zabarwioną.

Czy wypukłości opisane przedstawiają występujące z prątków zarodniki i z takowemi mają styczność życiową, trudno mi dziś jeszcze rozstrzygnąć. W każdym razie zmiany te w prątkach przemawiałyby za wpływem niszczącym, jakie zastrzyknięta limfa kochowska wywiera na prątki gruźlicze w ustroju. Skupianie się podobne pierwoszcza, jakie spotykamy przy sztucznem podrażnieniu lub przy szkodliwem działaniu niektórych środków na młode komórki żyjące, tak zwierzęce jak roślinne i na najniższe ustroje, przemawiałoby i w tym przypadku za rozpadem prątków, który, jak z podanego opisu wynika, mogliśmy w kilku stadyjach obserwować; początkowo zaczyna się prawdopodobnie kurczyć pierwoszcze i skupia się w 2 lub więcéj miejscach, wewnątrz lub po końcach prątka; zgęszczając się następnie coraz silniéj, nabiera większych wymiarów, wypukla otaczającą ją osłonkę i wydostaje się na zewnątrz, równocześnie zaś cały prątek cieńczeje, staje się nikłym, wrzecionowatym, nitkowatym i zabarwia się już bardzo słabo i blado. Widzieliśmy też niekiedy wyraźnie wypukloną i bladem swem zabarwieniem od wypukłości kulistéj ciemno-czerwonéj odróżniającą się otoczkę prątka, która powlekała kulistą wypukłość, leżącą obok prątka i już po za takowym tak, iż obraz ten nie pozostawiał wątpliwości co do pochodzenia z pierwoszcza prątka owéj wypukłości i otoczenia jéj osłonką prątka całego. — Czy jednakże zgęszczenie i wypuklenie opisane pierwoszcza prątka nie stoi w związku z wytwarzaniem i oddzielaniem się zarodników, które towarzyszy rozpadowi starego prątka, jestto kwestyja ciekawa, któréj dotychczas rozstrzygnąć nie byliśmy w stanie. Za szybkim i nagłym rozpadem prątków pod wpływem pewnéj szkodliwości, którą w obecnym przypadku może być limfa Kochowska, przemawia okoliczność, iż obrazy opisane napotykają się w znacznéj ilości i rozmaitych stadyjach w pewnych danych przypadkach, podczas gdy zazwyczaj wcale nie zdarza się widzieć podobnych obrazów w przypadkach gruźlicy, nawet podeszłéj i złośliwéj.

III. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

Pod ogólną nazwą zboczenia rozumieć będę nie tylko skrzywienia (*deviationes*) w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz i te ograniczone częściowe zgrubienia przegrody nosa, które noszą najróżnorodniejsze nazwy, jakoto oście (*spinae*), grzebienie (*cristae*), ostrogi itd.

Historyja. Zboczenia przegrody nosa już od dawna zwracały na siebie uwagę lekarzy. Już bowiem w połowie 18-go wieku Quelmalz napisał o nich monografiję. Od tego czasu liczba prac. specyjalnie o tym przedmiocie traktujących, dosięgła pokaźnych rozmiarów. W ostatniem zwłaszcza dziesięcioleciu zauważyć się daje olbrzymi ruch w tym kierunku. Kolejno zjawiają się prace: Jurasza [1]) (1882), Heymanna, [2]) Huberta, [3]) Kriega, [4]) Gleitsmana, [5]) Cozzolinego, [6]) Baumgartena, [7]) Löwyego [8]) (1886), Bosworthа, [9]) Bryson Delawana [10]), Jarvisa [11]), Geo Stokera [12]), Rosenthala [13]), Stana [14]), Garela [15]), Knighta [16]) (1887—1889), wreszcie w ostatnim (1890) roku ujrzały światło dzienne prace: Bronnera [17]), Woakesa i Walshamma [18]), Simanowsk'yego [19]), Löwe'go [20]), Hartmanna [21]), Mourea i Bergoniego [22]). Powyższe prace przedstawiają bądź całe monografije (Huberta, Rosenthala, G. Stokera etc.), bądź tylko przyczynki do etyjologii (Baumgartena, Bryson Delavana etc.), przedewszystkiem zaś do terapii zboczeń przegrody nosa (Jurasza, Stana, Jarvisa, Maurea i Bergoniego etc.). Niektórzy autorowie, jak np. Rosworth, Jarvis etc., kilkakrotnie głos w téj kwestyi zabierali. W ogóle przyznać muszę, że amerykańscy uczeni (Jarvis, Bosworth, obaj z New Yorku) ze szczególnem zamiłowaniem zajmowali się i zajmują kwestyją zboczeń przegrody nosa.

Oprócz wyżéj przytoczonych ważniejszych prac istnieje jeszcze cały szereg mniejszych publikacyj, poświęconych zboczeniom przegrody nosa. Do nich należą prace: Schaeffera [23]), Parkera [24]) (1885), Ronda [25]), Van der Poela [26]). Natiera [27]), Creswell Babera [28]), Hinkera [29]) (1886—1887)' Bresgena [30]), Holbrook Curtisa [31]), Ficana [32]) Huntor Mackenziego [33]), Seilera [34]), Garrigon Desarénesa [35]), Bouchera [36]), Miota [37]), Baratouda [38]) 1888—1889), Jonathana Wrighta [39]), Robertsa [40]). Patrzeka [41]) (1890) i wielu innych.

Dodać winienem, że poglądy niektórych autorów, wyrażone w dyskusyjach nad zajmującym nas tematem, również znalazły uwzględnienie w niniejszéj pracy.

Wreszcie zboczenia przegrody nosa są mniéj lub więcéj szczegółowo traktowane w podręcznikach chorób nosa: Morel Mackenziego [42]) (1884), Mourea [43]), Moldenhauera [44]) (oba w 1886), Voltoliniego [45]) (1888, wreszcie najnowszym Schecha [46]) (1890) i innych, jakoteż w doskonałéj „Anatomii nosa“ Zuckerkandla [47]) (1882).

W naszej literaturze, o ile mi wiadomo, istnieje jedyna w tym kierunku praca Stana, który w roku 1888 ogłosił w Przeglądzie Lekarskim spostrzeżenia z kliniki prof. Jurasza w Heidelbergu, jako przyczynek do terapii omawianego cierpienia.

Anatomija patologiczna. Zboczenia przegrody nosa należą do niesłychanie częstych. Schech, jeden z najlepszych współczesnych rhinologów, tak się wyraża: „*man kann behaupten, dass kaum ein Mensch eine ganz gerade Nasenscheidewand besitzt.*“

Voltolini, który jeszcze w r. 1861 przeprowadzał odnośne badania, również zaznacza, że prawie we wszystkich przypadkach znajdował mniej lub więcej wyrażone zboczenia przegrody nosa. Geo Stoker również wyraża wątpliwość co do istnienia prostego septum.

Na zasadzie własnego doświadczenia powyższe zdania Schecha, Voltoliniego i G. Stokera mogę najzupełniej potwierdzić.

Już od dość dawna zwracałem szczególną uwagę na przegrodę nosa, badając ją w każdym przypadku, niezależnie od tego, czy istniały lub nie objawy ze strony nosa. Otóż wyznać muszę, że wyjątkowo tylko byłem w stanie stwierdzić zupełną symetryję przegrody nosa. Miało to przedewszystkiem miejsce u osobników bardzo młodych poniżéj lat 7, co znowu stwierdzałoby pogląd Zuckerkandla, który utrzymuje, że dopiero od roku 7-go przegroda zaczyna mniéj lub więcéj zbaczać.

Ostatniemi zupełnie czasy poddałem ściśléj analizie 200 przypadków. Rezultaty mych badań są następujące:

W 33 przyp. z ogólnéj liczby 200 zboczenia przegrody nosa, aczkolwiek istniały, były tak nieznaczne, że przypadki te zaliczyłem do kategoryi: „względnie prostych-symetrycznych przegród.“

W pozostałych zaś 167 przyp., co stanowi 83,5%, istniały mniej lub więcéj znaczne *deviationes septi*. Muszę tu jednak zaraz dodać, że zaledwie w 15 z nich zboczenia przegrody nosa były tak silnie wyrażone, że same przez się wywołać mogły te objawy, o których poniżéj szczegółowo mówić będziemy. Tym sposobem w kwestyi częstości tego cierpienia jabym się tak wyraził: o ile częstemi są zboczenia przegrody nosa średniego natężenia, o tyle znów stosunkowo rzadko dochodzą one do bardzo znacznych rozmiarów. Jakkolwiek różnią się mniéj lub więcéj znacznie rezultaty cyfrowo, do jakich w odnośnych badaniach doszli różni autorowie, to jednak większość potwierdza ten fakt, że zboczenia przegrody nosa należą do jednych z najczęstszych objawów, przy badaniu nosa napotykanych.

Oto jak się przedstawiają owe dane statystyczne:

1. Zuckerkandl (1872) znalazł *deviationes septi* w 37,8% (na 370 przyp. w 140), 2. Bryson Delavan (1888) w 50,0%[1]), 3. Allen w 68,9% (na 58 przyp.), 4. Theile 73,5% (na 117 przyp. w 71), 5. Morel Mackenzie (1884) 76,9% (na 2152 przyp. w 1657), 6. Jarvis (1888) w 81,0% (na 100 przyp.), 7. Loewenberg w 86,0%[1]), 8. Simanowsky (1890) w 95,0% (na 974 przyp. w 925), 9. P. Heymann (1886) w 96,4% (na 250 przyp. w 241).

Tym sposobem moje wyniki (83,5% t. j. na 200 przyp. w 167) zajmują pośrednie miejsce między rezultatami Jarvisa z New Yorku i Loewenberga z Paryża.

Że Bryson Delavan, zwłaszcza zaś Zuckerkandl, w badaniach swych otrzymali tak mały odsetek w porównaniu z innymi (Simanowsky, Heymann), pochodzi to ztąd, że używali oni do swych badań jedynie preparatów zasuszonych, w których po większéj części brak części chrząstkowéj przegrody nosa, która znów stanowi najczęstsze siedlisko zboczeń. Z drugiej jednak strony badania M. Mackenziego również były dokonywane na preparatach suchych, znajdujących się w Muzeum „Royal College of surgeons.“ Badania te, oparte na kolosalnym materyjale, bo obejmującym 2152 przyp., wykazały znacznie większy niż u Zuckerkandla stosunek asymetrii septi, bo 76,9%.

Niezmiernie ciekawe są badania porównawcze, dotyczące częstości zboczeń przegrody nosa u różnych ras. I tak Zuckerkandl wykazał, że w ogóle u Europejczyków częściej nierównie daje się spostrzegać *asymetria septi*, aniżeli u mieszkańców innéj części świata, mianowicie w stosunku 37,8% na 23,3%. Do tych samych rezultatów doszedł i M. Mackenzie. Autor ten jeszcze większą znalazł różnicę, gdy bowiem na 438 przyp. symetrycznéj przegrody nosa tylko 22,6% przypadało na Europejczyków, resztę (77,4%) stanowili mieszkańcy Afryki, Ameryki, oraz wysp Polinezyi.

[1]) Szczegółowych danych nigdzie znaleść nie mogłem.

Według Bryson Delavana żydzi i słowianie odznaczać się mają szczególną predilekcyją do zboczeń przegrody nosa. Za przypuszczeniem tem przemawiałyby do pewnego stopnia cyfry Simanowskyego z Petersburga i moje (Warszawa).

Nigdzie nie znalazłem wzmianki co do przewagi téj, lub owéj płci w częstości zboczeń przegrody nosa. W moich badaniach przewaga stanowczo była po stronie mężczyzn (na 167 przypadk asymetrycznego *septum* — 95 stanowili mężczyźni, resztę zaś t. j. 72 przyp. kobiety).

Jeden tylko Simanowsky zwrócił na tę okoliczność uwagę. Doszedł on do tych samych co i ja wyników (na 925 przyp. 337 kobiet, 588 mężczyzn). *Deviationes septi* najczęściej spotykają się u ludzi młodych, między 15 a 25 rokiem życia, stanowiły one w moich badaniach 71 na 167 przyp. czyli 42,5%. Poniżéj 7 lat zboczeń wyraźnych nie widywałem, jakkolwiek niektórzy autorowie, jak Voltolini, Löwe zaznaczają, jakoby widywali je u dzieci 6—5 i 4 letnich, Valsham u kilkomiesięcznych, Patrzek zaś u noworodków; to ostatnie przemawiałoby za tem, że zboczenia przegrody nosa mogą być wrodzone. Tę ostatnią ewentualność, acz rzadko, przypuszczają także: Schaeffer, Woakes i Spicer. Wspomniałem już, jak na tę kwestyję zapatruje się Zuckerkandl. Co do mnie, to również byłbym tego zdania, że zboczenia przegrody nosa mogą być wyjątkowo wrodzone, jakkolwiek wyznać muszę, że sam zboczeń *septi* poniżéj lat 7 nie widywałem prawie.

Zboczenia dotyczą tylko ²/₃ przednich przegrody nosa (Zuckerkandl), tylny odcinek zajmuje stale położenie pośrodkowe (*positio mediana*), wskutek tego rozmiary tylnych otworów nosa (*choanae*) są jednakowe. Z tem wszyscy autorowie (Mackenzie, Moldenhauer, Voltolini, Flatau etc.) się zgadzają. Jako unicum pod tym względem istnieje publikacyja Grubera. Przypadek bowiem Schausa słusznie przez Voltoliniego jest kwestyjonowany, jako nie stwierdzony badaniem nosa od tyłu (*rhinoscopia post.*), a oparty jedynie na skonstatowaniu niejednakowych choan przy wprowadzaniu cewnika usznego.

Badając we wszystkich, o ile to jest możliwem, przypadkach nos od tyłu lusterkiem krtaniowem, nigdy rzeczywiście nie byłem w stanie zauważyć znacznego zboczenia przegrody nosa w tę lub ową stronę, natomiast w dwóch przypadkach spostrzegałem wyraźnie bardzo lekki stopień *deviationis septi posterioris*, mianowicie raz u 28 letniej kobiety ku prawéj stronie (od przodu znaczniejsze zboczenie również prawostronne); drugi przypadek dotyczył 23 letniego mężczyzny — również prawostronne skrzywienie przegrody nosa od przodu średniego natężenia, od tyłu (stwierdzone również *rhinoscopią post.*) wyraźna, acz bardzo lekka *deviatio dextra*. W ostatnim przypadku istniały jednocześnie bardzo znaczne porosty tylnych końców dolnych muszel.

Co się tyczy zboczeń poszczególnych części, składających przegrodę nosa, to część chrząstkowa t. zw. *cartilago quadrangularis* o wiele częściéj ulega zboczeniom, niż część kostna, na którą się składają blaszka pionowa kości sitowéj (*lamina perpendicularis ossis ethmoidei*) i lemiesz (*vomer*).

Pod tym względem wszyscy autorowie (Heymann, Gleitsmann, Jarvis etc.) jednomyślnie się zgadzają. W moich badaniach również doszedłem do tegoż wyniku. W różny sposób mniej lub więcéj szczęśliwy, starano się rozklasyfikować zboczenia przegrody nosa. I tak:

1) Loewenberg dzieli je na zasadzie umiejscowienia i kierunku. Odróżnia on więc zboczenia górne i dolne, poziome i pionowe.

Tejże klassyfikacyi trzyma się i Cozzolino.

II. Jarvis z New Yorku dzieli zboczenia na kostne (rzadkie), chrząstkowe (najczęstsze) i kostno-chrząstkowe. Dalej według tegoż autora zboczenia mogą być ograniczone do pewnych części przegrody, lub ogólne, obejmujące całe *septum*.

III Rosenthal na podstawie badań, na 11 świeżych i 2018 zasuszonych preparatach, rozróżnia 6 rodzajów zboczeń przegrody nosa:

1) proste zgięcie bez zgrubień, 2) skrzywienie *septi* ze zgrubieniem lub wyrostkami, 3) esowate zboczenia w pro-

stopadłym lub przednio-tylnym kierunku, 4) esowate zboczenia jednego, lub drugiego rodzaju z wyrostkami, 5) wyrostki (*cristae*) bez zboczeń przegrody nosa, wreszcie 6) zboczenia zygzakowate.

IV Klasyfikacyja George Stokera z Londynu jest następująca:

1) Zboczenia kątowe (*angular deviations*) w jednéj jamie *septum* zgięte pod kątem, mniéj lub więcéj wyrażonym, w drugiej znajduje się odpowiednia wklęsłość.

2) Zboczenia łukowe (*curved deviations*), septum zgięte łukowato.

3) Zboczenia esowate (*sigmoid deviations*), w obu jamach nosowych kątowe wygięcie przegrody. Autor odróżnia tu jeszcze dwie postacie:

a) z podwójną kątową krzywizną *septi cartilaginosi*

b) z przednim kątem, utworzonym przez część chrząstkową, tylnym zaś przez połączenie części kostnej i chrząstkowéj pod mniej lub więcéj tępym kątem, lub co rzadko ma miejsce przez kąt kostny.

Daléj do zboczeń przegrody nosa zalicza autor jeszcze:

4) t. zw. przemieszczenia (*dislocations*), wreszcie

5) wyrostki (*spurs, ontgrowths*), jakoteż zrosty (*adhesions*) i *exostoses*. Najświeższą klasyfikacyję podaje Hartmann na ostatnim (X) zjeździe międzynarodowym w Berlinie (1890). Odróżnia on:

1) zboczenia ze zgrubieniami septi lub bez takowych,

2) t. zw. listwy (*Letsten*) i

3) cierniste wyrostki (*dornförmige Vorsprunge*).

Oto są ważniejsze klasyfikacyje zboczeń przegrody nosa. Inne, jak Walshama etc. pomijam. Jedne z nich, jak np. Loewenberga, Jarvisa i Hartmana są zbyt ogólne, inne znów, jak Rosenthala i G. Stokera, zbyt są może szczegółowe. Zdaniem mojem jednak klasyfikacyja George Stokera najwięcej zasługuje na zaznaczenie.

Niektórzy autorowie nie silą się na klasyfikacyję. I tak np. Schech w 3-em wydaniu doskonałego podręcznika do chorób gardła i nosa (1890) na str. 240 tak się wyraża: „postacie zboczeń przegrody nosa są niezwykle różnorodne: *septum* opuszcza się w kierunku dna jam nosowych pod postacią amfiteatru. Górna, dolna lub obie części *septi* wygięte, bywają i esowate zboczenia, lub u góry mamy skrzywienie, u dołu ość (*spina*). Nie rzadko górna część wklinowaną jest w dolną (*Infractionsdeviation*)."

Dalej od właściwych skrzywień przegrody nosa oddziela Schech zgrubienia *septi* częściowe (wyrostki, oście), lub tak zw. ościste listwy (*spinöse Leisten*). Co do mnie, to jakkolwiek również wielkim zwolennikiem klasyfikacyj nie jestem, to jednak w danym razie uczyniłbym to w nast. sposób:

I. Deviationes septi narium sensu strictiori, t. j. zboczenia przegrody nosa w ścisłem tego słowa znaczeniu resp. skrzywienia w tę, lub ową stroną. Mogą one być:

a) prawostronne, *b*) lewostronne, *c*) obustronne resp. nosowate (*dev. sigmoides*). Wreszcie *d*) nieprawidłowe (*dev. irregularis*).

II. Zboczenia przegrody nosa pod postacią ograniczonych, częściowych zgrubień resp. wyrostków (oście *spinae*), grzebienie-*cristae*, zrosty-*synechiae*, *exostoses* etc.). Mogą one być: *a*) przy symetrycznéj, *b*) assymetrycznéj (skrzywionej) przegródce nosa.

Obecnie szczegółowo rozpatrzymy każdą z powyższych postaci zboczeń.

1. Deviationes septi narium sensu strictiori, *a)* prawostronne, *b*) lewostronne. Różnią się jednak zdania autorów, które z nich częściéj spostrzegać się dają. I tak lewostronne skrzywienia *septi* częściej widywali Voltolini, Cozzolino, Gleitsman, daléj Semoleder, który na 35 przyp. w 20 znalazł *deviatio sinistra*, w 15 zaś *dextra*, wreszcie M. Mackenzie, który podaje następujący stosunek 38,9% lewostronnych skrzywień na 28,2% prawostronnych.

Inni natomiast autorowie, jak Jarvis, Loewenberg, Hunter, Mackenzie, częściej znajdowali skrzywienie przegrody nosa ku stronie prawéj. Zuckerkandl również na 140 przyp. asymetrycznego *septum* w 57 znalazł prawostronne, w 51 zaś przyp. lewostronne zboczenie przegrody nosa. Ostatnia statystyka Limanowskyego również za tem ostatniem przemawia, na 925 przyp. bowiem *deviatio dextra* była w 191 przyp., *sinistra* zaś w 188. (D. c. n.)

III. Z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Myxoedema.

Dwa przypadki obserwował i opisał

Dr. M. Buzdygan,

II-gi asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Gałki oczne prawidłowo osadzone, ruchomość tychże we wszystkich kierunkach utrzymana. Źrenice miernie szerokie, równe, na światło dobrze oddziaływają. Badanie wziernikowe głębi oka nie wykazuje nic nieprawidłowego. Nos w całości powiększony, zgrubiały, skrzydła nosowe i przegroda szerokie; błona śluzowa blado-różowa, dość sucha, drożność przewodów nosowych utrzymana. Wargi w postaci grubych wałów, dolna wywrócona, obwisła, konsystencyi galaretowatéj. Zęby szczęki dolnéj od przodu pochylone naprzód i porozsuwane, a przez szerokie szczeliny wtłacza się szeroki brzeg języka. Język w całości co najmniéj w dwójnasób zwiększony, różowy, miękki, nie może się pomieścić w jamie ustnéj. Błona śluzowa jamy ustnéj obrzękła, zaczerwieniona, na policzkach mlecznym, zgrubiałym nabłonkiem pokryta. Dziąsła rozpulchnione. Migdałki znacznie powiększone, wielkości jaja kaczego, o powierzchni nierównéj, różowéj. Błona śluzowa gardła zgrubiała, zaczerwieniona. Cuchnienie z ust. Twarz cała robi wrażenie maski; ruchy mimiczne prawie znikły, wyraz twarzy smutny, glupkowaty.

Szyja krótka, szeroka, skóra gruba daje się ująć w szeroki fałd. G r u c z o ł t a r c z y k o w y w i e l k o ś c i j a j a k u r z e g o, t w a r d y, o k r ą g ł y, r u c h o m y, n i e b o l e s n y. Gruczoły limfatyczne ledwie macalne, niebolesne. Skóra na tułowiu obrzękła, blada. Sutki grube, obwisłe, trzęskie.

Klatka piersiowa dobrze zbudowana; w płucach tylko objawy nieżytu suchego. Tony serca czyste, akcyja serca spokojna, regularna. Tętno wolne od 66—72 na minutę, miękkie, tętnica miernie szeroka. Gruczoły pachowe nie macalne, pachwinowe powiększone. Brzuch balonowato wzdęty, niebolesny, pluskania w żołądku niema; wypuk wszędzie jawny bębenkowy, płynu wolnego w jamie otrzewnowéj niema. Wątroba macalna, brzeg miękki, niebolesny, wypukiem niepowiększona. Śledziona niemacalna, niepowiększona.

Narząd płciowy: część pochwowa macicy ustawiona wysoko, krótka, szeroka, ujście w postaci szpary gładkiéj; sklepienia wolne, dalsza część macicy w sklepieniu przodkowem wielkości orzecha włoskiego, miękka, wiotka, niebolesna, *atrophia uteri praecox*.

Ręce w całości powiększone, do łopaty zbliżone. Palce zgrubiałe, niezgrabne; stawy palców wolne, niebolesne, ruchy bierne prawidłowe, ruchy czynne nieco wolniejsze, mniéj zgrabne. Kończyny dolne w porównaniu z górnemi są cieńsze, tylko stopy szerokie, grube. Ruchy czynne i bierne utrzymane, stawy wolne, odruchy skórne i ścięgniste utrzymane. Chód dobry. Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, ucisku zupełnie utrzymane. Czucie elektryczne skóry dobre. Pobudliwość mięśniowa na prąd galwaniczny i indukcyjny wszędzie utrzymana.

W sferze zmysłowéj: ciągły smak gorzki w ustach, szum w uszach. W sferze umysłowéj: osłabienie pamięci, myślenie trudniejsze, usposobienie smutne, apatyczne. Mowa powolna, monotonna, głos bezdźwięczny, chwilami ochrypły.

O b s e r w a c y j a: mocz (z początku bez leczenia) winożółty 900—1200 ctm., ciężar gat. 1·028—1·022 oddziaływa słabo kwaśno. Białka, cukru niema, chlorki prawidłowe. Z kwasem octowym ślad reakcyi na mucynę. Osad skąpy,

obłoczkowaty; pod drobnowidem znaczna ilość drobnych kryształków szczawianu wapniowego, igiełki pojedyncze i w gwiazdkach kwasu moczowego. We 3 tygodnie późniéj przy piciu wody karlsbadzkiéj mocz blado żółtawy 1900—2500 ctm. c. g 1·014 odczyn obojętnie lub słabo kwaśno, białka, cukru niema, chlorki prawidłowe, z kwasem octowym ślad reakcyi na mucynę. Pod drobnowidem liczne komórki przybłonkowe płaskie, gdzieniegdzie ciałka wypocinowe.

Po zaprzestaniu kuracyi karlsbadzkiéj ilość moczu 1100 c. g. 1·021, w osadzie znów się pojawiły kryształki szczawianu wapniowego.

Stolec zrazu obfity, ciastowaty, brunatny; pod drobnowidem liczne włókna roślinne, sole wapniowe, miazga bezpostaciowa. W miesiąc późniéj przy dyjecie mięszanéj stolec obfity, ciastowaty, pod drobnowidem włókna mięsne dobrze przetrawione, sole wapniowe, jaja *trichocephalus dispar* i miazga bezpostaciowa.

Treść żołądka. 31/V na czczo bez wlania wody wydobyto treści płynnéj około 50 ctm. sześ. zielonkowatéj, mętnéj z obfitą ilością śluzu. Pod drobnowidem bardzo wielka ilość jąderek ciałek wypocinowych, liczne komórki przybłonka z głębszych warstw, przybłonek płaski. Przesącz przeźroczysty z odcieniem zielonkawym, oddziaływa silnie kwaśno, kwasota 30. Kwas solny bardzo wyraźny, peptony wyraźne; kwasu mlekowego śluzu i propeptonów niema.

1/VI próba lodowa. Po 10 minutach aspirowano około 100 treści wodnistéj ze śluzem. Pod drobnowidem: liczne jąderka ciałek wypocinowych, przybłonek płaski. Przesącz wodojasny oddziaływa mocno kwaśno, kwasota 14. Kwas solny, peptony wyraźne; śluzu, propeptonów, kw. mlekowego niema. Pod koniec pompowania ukazała się krew, więc dalszych prób na dłuższy czas zaniechano.

Te dwie próby już dostatecznie stwierdzają nieprawidłowe wydzielanie kw. solnego wolnego (*Hypersecretio acida continua*). Objawów podmiotowych prawie nie było: apetyt dobry, brak odbijania, gniecenia, zgagi, jedynie smak gorzki w ustach. W celu neutralizowania kwasu polecono wodę karlsbadzką Mühlbrunn co godzina 2 łyżki, a po skończonéj kuracyi przez 3 tygodnie wykonano znów próby żołądkowe.

27/VI. na czczo treści niema; po wlaniu 100 ctm. sz. *Aq. dest.* aspirowano 80 ctm. sz. płynu żółcią zabarwionego, ciągnącego się. Pod drobnowidem: śluz, ciałka wypocinowe, jąderka, przybłonek płaski. Przesącz cytrynowo żółty oddziaływa obojętnie; śluzu znaczna ilość, propeptony wyraźne, kwasu solnego, mlekowego i peptonów niema.

28/VI. próba lodowa. Po 10 minutach aspirowano około 160 płynu zielonkowatego ze śluzem. Pod drobnowidem: śluz, ciałka wypocinowe, jąderka ciałek wypocinowych, liczne komórki z gruczołków trawieńcowych. Przesącz wodojasny oddziaływa kwaśno, kwasota 7. Kwas solny wyraźny, peptonów ślad; śluzu, propeptonów, kwasu mlekowego brak.

29/VI. próba białkowata. Po 3 kwadransach treści 0, po wlaniu 100 *Aq. dest.* aspirowano 80 ctm. sz. płynu wodojasnego ze śluzem i kilka strzępków białka niestrawionego. Pod drobnowidem: śluz, liczne jąderka ciałek wypocinowych. Przesącz wodojasny oddziaływa kwaśno, kwasota 12, kwas solny bardzo wyraźny, peptony wyraźne, śluzu, propeptonów kwasu mlekowego brak.

30/VI. próba befsztykowa. Po 6 godzinach treści 0, po wlaniu 100 ctm. *Aq. dest.* aspirowano około 50 ctm. n. treści fusowatéj z osadem papkowatym. Pod drobn. ciałka skrobi, tłuszczu, igiełki kwasów tłuszczowych, włókna mięsne, barwik brunatny. Przesącz brunatnawy oddziaływa kwaśno, kwasota 14, kwasu solnego wolnego brak, kwas mlekowy, peptony, propeptony wyraźne, śluzu brak.

Krew. 31/V. ciałek czerwonych 3.400000, ciałek białych 5090, stosunek 1 : 667, hemoglobiny 60%.

11/VI. ciałka czer. 3400000, ciał. biał. 9100, stosunek 1 : 373, hemogl. 65%.

Ciepłota wahała się między 36·1° a 37°, najczęściéj wynosiła 36·3°. Tętno od 66 do 72 na minutę.

Podmiotowo najprzykrzejszym objawem było: palenie, swędzenie na policzku lewym, które się niekiedy przenosiło na czoło, brodę, szyję i piersi. Palenie to usuwało potarcie roztworem kokainy. Drugim przykrym objawem był ból opasujący w okolicy pasowéj, osłabienie ogólne; niezdolność do cięższéj pracy, a trudność w wykonaniu pracy delikatniejszéj z powodu zgrubienia palców.

Leczenie: *Natrium jodat*, woda karlsbadzka nie miały dodatniego wpływu na stan ogólny. Środki ściągające na spojówki stosowane również były bez skutku. Chora opuściła klinikę 10/VII. w takim samym stanie, jak przyszła.

Przypadek II. Mojżesz Szaja Friedner, lat 50, krawiec, wyznania mojżeszowego z Oleska przyjęty do kliniki 26/VI., gdzie pozostawał do 12/VII 1890 r. Rodzice pomarli ze starości, matka przez 4 lata ostatnie była nałogową pijaczką. Z 3 rodzeństwa sam został; brat umarł na cholerę, siostra na koklusz. Ani ze strony ojca, ani ze strony matki dziedziczności co do chorób nerwowych, wola, kiły, alkoholizmu (prócz matki) wykazać nie można. W dziecięctwie przebył odrę, w 13 r. ż. jakąś chorobę piersiową, połączoną z kaszlem, przyczem odpluwał przez tydzień śluz zmięszany ze krwią. W 18 r. ż. ożenił się poraz pierwszy; z dwóch żon miał 11 dzieci, z których 6 żyje zdrowych. Ważniejszych chorób nie przebywał, dopiero przed 4 laty po zmęczeniu się przy wożeniu drzewa popadł w jakąś chorobę trwającą 6 tygodni, połączoną z kaszlem, dusznością, bólami w krzyżach i odnogach i odtąd w porze chłodnéj doznaje kaszlu i duszności. Obecna choroba miała się rozpocząć przed 2 laty od bólów w podżebrzach i dołku podsercowym, zwiększania się pojemności brzucha, palenia na skórze pomiędzy łopatkami tak silnem, że porównywa to z przypiekaniem zapalonego cygara. Również przed dwoma laty zauważył rozsuwanie się zębów dolnych i wyciekanie śliny podczas snu. Od czasu do czasu doznaje bólów, drętwienia w kolanach, rękach tak, że mu utrudnia chodzenie i szycie. Użala się również na duszność i osłabienie wzroku. Duszność występuje napadowo lub podczas chodu. Apetyt obecnie jest nadmierny, po obfitym obiedzie wstaje głodny i jeszczeby jadł więcéj, co uważa za swoje nieszczęście. Stolec regularny. Przez całe życie odżywiał się dobrze, tylko ostatnie lata były cięższe dla niego. Nałogowym pijakiem nigdy nie był, wódki wypijał dziennie 2 do 3 kieliszków. Od 18 r. ż. do 30 palił fajkę, od 30 aż dotąd namiętnie zażywa tabakę. Mieszkanie miał na gruncie torfiastym, drewniane, wilgotne; w okolicy wól nie panuje ani też podobnych do siebie chorych nie widział.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Dr. Hirschberger: **O zaraźliwości mleka krów gruźliczych.**

Nim jeszcze Koch odkrył przyczynę gruźlicy w prątku właściwym, już Villemin w roku 1865 dowodził, że choroba ta musi polegać na specyficznéj przyczynie, a Bollinger na podstawie licznych obserwacyi słusznie podnosił (1879 r.), że gruźlica u ludzi, a perlica u krów stanowią jedną i też samą chorobę. To też doświadczenia Gerlacha, Bollingera, Klebsa, Günthera i Harmsa wykazały dosadnie, że zwierzęta karmione mlekiem krów gruźliczych dostają same gruźlicy, a z tego już łatwo było wywnioskować, że podobnemu losowi mogą uledz i ludzie, zwłaszcza dzieci, karmione całemi latami przeważnie tylko mlekiem. Podobny przypadek, w którym absolutnie inne przyczyną zarażenia były wykluczone, a tylko mleko krowy gruźliczéj było przyczyną choroby, opisuje klinicznie Meyhofer.

Przekonać się, czy mleko krowie posiada prątki gruźlicze czy nie, jest rzeczą bardzo trudną, ponieważ ilość ich w ogóle jest w mleku nieznaczna, a choćby ich się nie udało wykazać, to pomimo tego mleko takie może zawierać zarodniki prątków, które nie dają się zabarwić, a tem samem mleko to może być szkodliwe zdrowiu. Dotychczas w niewielkiéj ilości przypadków dały się wykazać prątki gruźli-

cze w mleku, a pomimo tego szczepienie tem mlekiem świnek morskich daje wynik dodatni. Doświadczenia były robione w ten sposób, że wymiona krów gruźliczych posyłano do instytutu patologicznego, tam przy ostrożnościach aseptycznych wymiona były rozcinane i z nich, t. j z otwartych przewodów mlecznych, wciągano do strzykawki tyle mleka, ile przy słabym ucisku można było z wymienia otrzymać. Mleko takie zaraz wstrzykiwano do jamy brzusznéj świnkom morskim, a to dla tego. że świnki morskie są nadzwyczaj czułe na zarazek gruźliczy, a przytem samoistna gruźlica u nich zdarza się nadzwyczaj rzadko.

Z 20 świnek, którym robił Dr. H. zastrzykiwanie, ani jedna nie zdechła na septyczną *peritonitis*, byłby więc w tem dowód, że antiseptyka była ściśle przeprowadzona. W tych 20 przypadkach tylko raz udało się znaleźć prątki w mleku, chociaż mleko było zaraźliwe jeszcze w 10 innych przypadkach, w których albo było bardzo mało prątków w mleku, albo też znajdowały się zarodniki, których wykazać nie można było. Niebezpieczeństwo zarażenia się mlekiem jest wielkie jeżeli na 20 przypadków w 11 czyli 55% daje wynik dodatni, a wiadomem jest, że co najmniéj 5% krów jest gruźliczych i te dają dziennie nieraz litr i więcéj mleka, niczem się nie różniącego od zdrowego. Rezultat doświadczeń co do zaraźliwości mleka najlepiéj to określa

W 5 przypadkach mleko krów bardzo gruźlicą dotkniętych dało 4 wyniki dodatnie, a 1 ujemny (80% zaraźliwość). W 6 zaś, gdzie zmiany były nie bardzo posunięte, było 4 dodatnie, 2 ujemne (66% zaraźliwości). A w 9, u których zmiany były nie znaczne, było 3 przypadki dodatnie, a 6 ujemnych (33% zaraźliwość), a więc nawet przy nieznacznych zmianach gruźliczych u krów przecież mleko jest jeszcze zaraźliwe. Ogólném wejrzeniem chorych krów nie można się wcale powodować, ponieważ z tych przypadków 7 krów było doskonale wyglądających, a mleko od nich dało w 3 razach wynik dodatni, tylko że krowy licho odżywione zazwyczaj dają wynik zaraźliwości większy Wiek krów ma zaś o tyle wpływ na procent zaraźliwości, że z późniejszym wiekiem krowy częściéj ulegają gruźlicy. Wobec tych pouczających doświadczeń należałoby tylko gotowanego mleka używać, ponieważ przez gotowanie prątki i zarodniki stają się nieszkodliwemi, jak to już May w swojéj pracy wykazał. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Steinhoff (Berlin): **O nowym przyrządzie służącym do leczenia rozedmy płuc i zadyszki.**

Dotychczasowe przyrządy w celach leczniczych w astmie i rozedmie płuc używane, polegają przeważnie na wspomaganiu mechanizmu oddechania przez wytwarzanie jużto zgęszczonego, jużto rozrzedzonego powietrza. Leczenie przyrządami temi nie wiele przynosi korzyści i co najwięcéj usuwa chorobie towarzyszący nieżyt dróg oddechowych. Gerhardt pierwszy zauważył, że ciśnienie za pomocą dłoni na powierzchnię klatki piersiowéj u emfizematyków wydech znacznie ułatwia i do lżejszego oddychania wogóle znacznie się przyczynia Najsilniejszy jednak mężczyzna nie jest w stanie dłużéj ręką swą utrzymywać ciśnienie nad $^1/_4$ godziny. Rossbach wymyślił w tym celu stołek, na którym siedząc, można za pomocą odpowiednich dźwigni uciskać swoją własną klatkę piersiową w miarę potrzeby przy każdym wydechu. Stołek ten nie da się jednak długo stosować; emfizematyk lub astmatyk na nim siedzący zanadto męczy się kręceniem śrub, wskutek czego oddechy stają się szybsze, *co ipso* praca mechaniczna większa i następuje szybkie zmęczenie. Sznurówka Schreibera ma znów tę niedogodność, że uciska stale piersi tak przez czas wdechu jak i wydechu. Aby temu zapobiedz, wymyślił autor przyrząd, za pomocą którego powietrze w odpowiedniéj chwili zgęszczone, na powierzchnię klatki działając, samo ucisk sprawia. Powietrze mianowicie zagęszcza się wśród ścian założonego kaftana, który tym sposobem staje się chwilowo zbiornikiem powietrza zgęszczonego. Kaftan połączony jest rurą z maską szczelnie do ust i nosa przylegającą, równocześnie też według potrzeby chory może podczas wydechu mieć do rozporządzenia powietrze rozrzedzone. Cały przyrząd dość zawiłéj konstrukcyi jest ujęty w szafkę drewnianą w postaci biórka i przedstawia sprzęt wcale ładny. Opisywanie go szczegółowe bez dołączenia w oryginalnym artykule znajdujących się rysunków byłoby bezcelowe, bo niezrozumiałe. Zadaniem sprawozdania jest tylko zwróceniem uwagi czytelników na pojawiający się nowy przyrząd, a ciekawym bliższych szczegółów zaleca się przeczytanie oryginalnéj rozprawy. Ciśnienie kaftana, a zatem i powietrza zgęszczonego na powierzchnię piersi jest w chwili rozpoczęcia wdechu najsilniejsze i stopniowo w miarę powstawania wdechu słabnie. Wyniki otrzymane tym aparatem mają być według autora bardzo zachęcające, a za dowód tego służy kilka historyj chorób na końcu umieszczonych. (*Brl. kl. Wschft.*, Nr. 40, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Prof. F. A. Hoffmann: **O zawartości białka w cieczach opuchlinowych.**

Doświadczenia robione były w klinice lipskiéj w ten sposób, że na częściach obrzękłych najczęściéj podudzi, ud, worka mosznowego lub na powłokach brzusznych zakładano cieniutkie kaniule, przez które wyciekał płyn poddawany ścisłemu badaniu. Obserwacyj podaje prof. Hoffmann 35 w rozmaitych chorobach serca, płuc, wątroby i nerek, przy których były tylko znaczne obrzęki na kończynach lub ogólna opuchlina. Badania ścisłe wykazały, że płyny przesączynowe powstałe czy to z charłactwa jakiego, czy też wskutek zastoiny zawierają mniéj niż 1% białka. — Natomiast płyny zawierające niżéj 0·1% białka pozwalają przypuszczać ciężką zmianę nerkową, najczęściéj połączoną ze zwyrodnieniem skrobiowatem. W przypadkach o ilości białka wyższéj niż 1% wniosków żadnych wyprowadzać nie można i trzeba się tylko domyślać jakichś cięższych szczególnych zmian w ustroju. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Farmakologija.

Rademaker (Louisville): **Bromol nowy środek antiseptyczny.**

Bromol cz. *Tribromophenol* jest proszkiem cytrynowożółtym, o smaku słodkim i ściągającym i wcale przyjemnym zapachu W wodzie nierozpuszczalny rozpuszcza się łatwo w alkoholu, eterze, chloroformie i olejach. Posiada własności mało trujące (psy znoszą np. 0·8 bromolu wewnętrznie bez szkody), a za to silnie odrażające. Sposób użycia: Rp.: *Bromol.* 5·0, *ol. oliv.* 150·0, *S. Externe.* — Rp.: *Tribromophenol.* 4·0, *Vasel* 30·0, S Maść.

Używać go można do ran, wrzodów, w rozczynach, jako posypka, do pędzlowania w dyfteryi (1:25 gliceryny) lub wewnętrznie w *cholera infant.*, durze w dawkach 5—15 miligr. (*Wr. med. Presse*, Nr. 44, 1890). *Dr. Ebersohn.*

Choroby nerwowe.

Prof. H. Obersteiner: **Kokainizm i morfinizm.**

Objawy po wstrzymaniu się od kokainy występują niekiedy dopiero późno po zaniechaniu leku (po 14 dniach i późniéj) i są często o wiele uporczywszemi, niż po usunięciu morfiny; mogą one utrzymywać się przez tygodnie, a nawet przez miesiące w tem samem prawie nasileniu. Szczególnie ważne są bardzo groźne stany zapadu, występujące często po usunięciu kokainy. U chorych, już wogóle bardzo osłabionych i zmęczonych, występują nagle napady omdlewania. Działanie kokainy na ustrój jest zbyt daleko idącem, aby odżywienie ciała po usunięciu środka mogło szybko się podnieść. Mimo niebezpieczeństw, połączonych z używaniem kokainy, nie chce przecież O. zupełnie uniknąć leczenia kokainą w przewlekłem zatruciu morfinowem: kokaina ma na celu łagodzić najgwałtowniejsze objawy wstrzymania się w odzwyczajaniu się od morfiny przynajmniéj przemijająco. Celem zastosowania kokainy bez niebezpieczeństwa i z korzyścią, poleca O. następujące środki ostrożności: 1. kokainy należy chwycić się dopiero wtedy, gdy już bezwarunkowo morfiny więcéj się nie podaje, i gdy objawy wstrzymania się zaczynają być bardzo gwałtownemi, więc 24—48 godzin po ostatniéj dawce morfiny; 2. kokainę należy podawać wewnętrznie, a nie podskórnie, najlepiéj rozczyn wodny z do-

datkiem kwasu salicylowego, przez co płyn ten, w innym razie łatwo pleśniejący, przez wiele miesięcy przechowywać można; 3. jako jednorazową dawkę należy wybrać od 0·05 do 0·1, którą podaje się odpowiednio do potrzeby kilka razy dziennie, nie należy jednak przekraczać dziennéj dawki 0·5; 4 drugiego lub trzeciego dnia należy szybko zmniejszyć dawkę dzienną; nie należy leczyć kokainą dłużéj niż 5 do 6 dni. Gdyby się pojawiły choćby najlżejsze objawy zatrucia, należy natychmiast lek zupełnie usunąć. (*St. Peters. Med. Woch.*). *Bf.*

Prof. Damsch: **O niepokoju źrenic** (*hippus*) **w chorobach układu nerwowego ośrodkowego.**

Autor spostrzegał wielokrotnie niepokój źrenic przy stwardnieniu ogniskowem mózgu, daléj w przebiegu porażenia połowiczego na tle krwotoku lub rozmiękczenia zatorowego mózgu. Przy ostatniéj sprawie zauważył ten objaw nieraz po stronie nieporażonéj. Autor jest zdania, że te ruchy tęczówki są tylko wzmożeniem się ruchów istniejących w minimalnych rozmiarach już w stanie prawidłowym, a to wzmożenie się ruchów tęczówki jest następstwem pewnych czuciowych podrażnień i odpowiada zwiększonéj pobudliwości odruchowéj. Niepokój źrenic zatem ma pewną analogiję do zwiększonych odruchów ścięgnistych. (*Neur. Centr. Bl.*, IX., 9, 1890). *Dr. Süsskind.*

Chirurgija.

Prof. Gärtner: **Szukanie kul nowéj palnéj broni zapomocą magnesów.**

Kule nowych karabinów wielostrzałowych posiadają powłokę stalową, a ta ich budowa ułatwia znacznie lekarzom wojskowym szukanie i wydobywanie kul w zranionem ciele. Za pomocą siły magnetycznéj będzie można z całą dokładnością oznaczyć miejsce, w którem pocisk utkwił. Użyć do tego można tych samych elektromagnetycznych przyrządów, jakich używamy przy szukaniu i wyjmowaniu wbitéj igły lub szpilki. Służą do tego przyrządy Edelmana z Monachijum lub magnetoskop Lamonta. Za pomocą nich pocisk zamienia się na magnes, manipulując zaś igłą magnetyczną na powierzchni ciała, z zachowania się jéj punkt, w którym się pocisk znajduje dokładnie oznaczyć możemy. (*Wr. kl. Wschft.*, Nr. 43, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

† Prof. Küster zwraca uwagę w *Centralblatt für Chirurgie*, Nr. 36 na dotąd nieznane niebezpieczeństwo podczas operacyi dużych starych przepuklin. U mężczyzny 56-letniego przystąpiono z powodu objawów przepukliny uwięźniętéj do operacyi radykalnéj. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła znaczna ilość płynu mętnego. Treść przepukliny stanowiło: *colon trans.*, *colon ascend.* z *coecum* i wyrostkiem robaczkowym, jelita cienkiego 1 m. i kreska w tłuszcz obfitująca. Repozycyja była trudna. Wśród operacyi zauważono, że oddech stawał się płytki i szybki a sinica na twarzy. Wymiotów nie było. Po zamknięciu rany brzusznéj chory przestał zupełnie oddechać, podczas gdy tętno jeszcze było dobre. Ponieważ zastosowane sztuczne oddechanie nie doprowadzało do celu, rozcięto tchawicę, z któréj wypłynęła wielka ilość treści żołądkowéj. Pomimo aspiracyi treści kateterem i oddechania sztucznego chory zmarł. Sekcyja wykazała znaczne przekrwienie błony śluzowéj oskrzeli, tchawicy i krtani. Żołądek był próżny, jelita wydęte. Przypadek jasny: przy repozycyi zawartości przepukliny wystąpiło znaczne powiększenie parcia śródbrzusznego, wskutek czego żołądek się wypróżnił, a treść jego dostała się do krtani. Należy więc zawsze przed operacyją starych i dużych przepuklin przepłukać żołądek, raz aby łatwiéj się udała repozycyja, a powtóre, aby nie przyszło do aspiracyi treści żołądkowéj. (*Wr. med. Presse*, Nr. 43, 1890, *Dr. Ebersohn.*

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Kaposi: **Przyżeganie kłykcin płaskich rozczynem Plencka.**

Solutio Plenckii składa się z następujących leków: *Mercur. sublimat. corros. Alumen, Cerussa, Camphora, Spirit. vini, Acet. vini pp. aequal.* Mięszaniny téj, konsystencyi pasty, używają w klinikach chorób kiłowych i skórnych wiedeńskich od roku 1866 jako środka żrącego w przypadkach rozległych kłykcin płaskich ze skutkiem zadowalającym. Skarg na ten sposób leczenia nie było żadnych. Dopiero w Nrze 16 *Wr. kl. W.* z tego roku ogłosił prof. Hofmann przypadek zatrucia sublimatem, po zastosowaniu przez pewnego lekarza omawianéj pasty, przyczem prof. H. czyni zarzut, iż kauteryzowanie tym środkiem było nieostrożnie robione, bo pojedyncze kłykciny nie były otoczone watą lub szarpiami w celu uchronienia od sparzenia zdrowych otaczających części skóry. Kaposi broni owego lekarza, twierdząc, że w klinikach wiedeńskich téj ostrożności często nie przestrzegano, bo nie zawsze jest ona możliwą do wykonania. Kłykciny bardzo często mają powierzchnię szerszą niż podstawę, a tak są blisko siebie ustawione, iż izolowanie ich watą staje się niemożliwe, a manipulowanie palcami niebezpieczne z obawy zarażenia. Pewna więc część skóry zdrowéj, między podstawami kłykcin się znajdującéj, musi być zniszczoną, mimo to zatrucia nigdy nie zauważył. Bolesność, jaka występuje przy użyciu tego leku, jest rozmaitą. Jedni nie skarżą się prawie wcale na ból, drudzy bardziéj nerwowi przesadzają w skargach. Nie da się zaprzeczyć, że bolesność występuje, ale przyczyną jéj według Kaposiego nie jest sublimat, lecz raczéj kamfora. Nie może się zaś zgodzić z Hofmannem, jakoby przyżeganie tą mięszaniną było stanowczo szkodliwe. Dziś wogóle *Solut. Plenckii* wychodzi już z mody, nie dlatego, iż jest lekiem trującym, ale raczéj dla swéj bolesności, a w przylepcu rtęciowym mamy środek, który wprawdzie wolniéj, ale bezboleśnie kłykciny niszczy. (*Wr. kl. W.*, 1890, Nr. 19).

Dr. Letzl (Monachijum): **Współcierpienia tylnéj części cewki moczowéj w rzeżączce.**

Najpierw zdaje L. sprawę z pracy Jadassohna (*Beiträge zur Lehre von der Urethritis posterior*), który w 163 przypadków tylko u 20 zdrową tylną część cewki widział. Autor badał chorych, którzy dopiero w 7—10 tygodni po zarażeniu się na żadne dolegliwości zresztą się nie skarżąc do niego się zgłaszali. Badał jak następuje: w kilka godzin po ostatniem oddaniu moczu przestrzykiwał cewkę za pomocą większéj zwykłéj strzykawki kilka razy wodą wyjałowioną i świeczką kolbowatą (*bougie à boule*) przednią część cewki gruntownie z śluzu oczyszczał. Następnie polecał choremu oddać mocz, a pływające w nim nitki tylko z tylnéj części cewki pochodzić mogły. Badania w ten sposób przedsiębrane wykazały, że tylko u 7% na trypra cierpiących tylna część wolną jest od cierpienia. Letzl uważa to powikłanie za główną przyczynę rzeżączki przewlocznéj i wzywa lekarzy, aby jeżeli mają do czynienia z chorobą nad 6 tygodni trwającą, przedewszystkiem do leczenia tylnéj części cewki zabierali się, a mianowicie następującemi metodami: 1) za pomocą zgłębnika Guyona złączonego rurką gumową z zwykłą strzykawką. Wstrzykuje 10% rozczyn resorcyny, 8—10% rozczyn *thallin. sulf.* albo ¼—½% rozczyn azotanu srebrowego; wstrzykuje się 4—5 gramów płynu na raz, przyczem zgłębnik powoli się z cewki wysuwa; 2) za pomocą *prostata antroforu* przez aptekarza Stephana w Dreźnie sporządzonego. Najpierw każe oddać mocz, aby wśród zakładania nie powstawało parcie. Chory inteligentny nauczony przez lekarza sam może sobie przyrząd ten zakładać. Minut 5—8 wystarcza, aby się rozpuściła masa gelatynowa zawierająca 5% resorcyny, taniny lub 0·50% *Zincum sulf.* Zazwyczaj 30-razowe zastosowanie antroforu, wystarcza do zupełnego wyleczenia. (*Versmml. d. deutsch. Aerzte in Bremen* 1890 *Autoreferat*). *Dr. Mendelsburg.*

Henoch: **O pęcherzycy ostréj.**

Pęcherzyca ostra rzadko występuje jako choroba samoistna u osesków wyżéj miesiąca liczących. W późniejszym wieku dziecięcym pęcherze na skórze wprawdzie nierzadko powstają, ale są one zawsze następstwem ostrych wysypek zakaźnych i stanowią tylko objaw uboczny tychże. W innych razach pęcherzyca w tak wysokim stopniu powstaje, że należy ją uważać za powikłanie owych chorób zakaźnych wysypkowych. Autor opisuje dla udowodnienia tych twierdzeń kilka przypadków chorobowych a między innemi podaje historyję choroby 6 letniego chłopca, u którego pęcherzyca roz-

poczęła się w 6 tygodniu płonicy prawidłowo przebiegającéj, która pomyślnie się skończyła. Przyczyna pęcherzycy ostréj jest jeszcze zupełnie ciemną. Prątki znalezione przez Gibbiera i Demmego w treści pęcherzy nie są prawdopodobnie przyczyną téjże, lecz według H. nie istnieje w ogóle jednolita przyczyna téj choroby, lecz najróżniejsze szkodliwe istoty we krwi krążące, przedewszystkiem ptomainy, które właśnie w chorobach zakaźnych najłatwiéj się tworzą — są w stanie wywołać pęcherzycę. (*Char. Annal.*, S. 610, 1889).

Dr. Süsskind.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Loevy (Berlin): Wpływ środka Kocha na przemianę materyi. Doświadczenia swoje przeprowadzał L. na 3 chorych dotkniętych gruźlicą płuc w początkowym okresie. Umieszczał ich w osobnych pokojach, w których ustawione były przyrządy respiracyjne, a przez cały czas doświadczenia otrzymywali stale oznaczone niezmieniane pod względem ilości i jakości pokarmy. Wyniki z tych doświadczeń są następujące: Rozpad białka pod wpływem wstrzykiwań, jeżeli tylko takowe nie wywołują podniesienia ciepłoty, nie ulega żadnéj zmianie; również i zużycie istot bezazotnych w pierwszym rzędzie tłuszczu, okazało się nie zmienione, jeżeli tylko nie było gorączki. Z tego wynika, że środek Kocha sam przez się nie wpływa wcale na przemianę materyi; nie działa nawet tak jak niektóre trucizny — czego *a priori* nie można było wykluczyć — wzmagając przemianę istot azotnych. Jeżeli po injekcyi wystąpiła gorączka, to powiększyła się wprawdzie nieco ilość wydzielonego azotu, ale bardzo nieznacznie, co przypisać należy zdaniem autora krótkiemu trwaniu gorączki reakcyjnéj. Wymiana gazów zaś była różną podczas gorączki, zależnie od okresu téjże; w każdym razie wpływ był nieznaczny, a pochodził głównie od czynności mięśniowéj podczas dreszczów. Podobne zmiany w przemianie materyi zauważał L. w każdéj gorączce, wywołanéj jakąbądź chorobą ostrą lub przyostrą i dlatego podniesienie ciepłoty występujące podczas reakcyi po zastrzyknięciu środka Kocha uważać należy za typową gorączkę. (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 4).

Liebmann (Tryjest): Prątki gruźlicze we krwi chorych leczonych szczepianką Kocha. L. wylicza 9 przypadków, w których po jednéj lub kilku injekcyjach w rozmaitych dawkach badanie wykazało we krwi obecność prątków gruźliczych niezmienionych lub mniéj albo więcéj zmienionych. Badanie kontrolujące u osób nie leczonych środkiem Kocha wskazuje, że prątki występują we krwi tylko pod wpływem injekcyi.

Redakcyja *Berl. klin. Wochenschrift*, nie przyjmując na siebie odpowiedzialności za wyniki podane przez L., zwraca uwagę, że badanie preparatów z krwi leczonych w szpitalu Augusty wydało pod tym względem wyniki ujemne (*Tamże*).

Prof. Weber stosował szczepiankę Kocha u 55 chorych, z tych 42 było dotkniętych gruźlicą płuc, u 14 była także gruźlica krtani. Zestawiamy wnioski z szczegółowo podanych wyników: Jako środek rozpoznawczy gruźlicy narządów wewnętrznych limfa nie może służyć, gdyż u wielu chorych notorycznie gruźliczych injekcyje nie wywołują ogólnéj reakcyi. Wobec gruźlicy zewnętrznéj reakcyja miejscowa może prawie na pewne wskazać charakter gruźliczy cierpienia i przyczynić się do ułatwienia rozpoznania. Wyleczenia zupełnego sprawy gruźliczéj dotychczas nie spostrzeżono. Polepszenia w różnym kierunku niewątpliwie dość znaczne można było zauważyć. Między temi szczególnie na uwagę zasługuje przypadek paraplegii, wywołanéj przez gruźlicę kręgów, która poprawiła się widocznie (*Deut. med. Woch.*, Nr. 4).

Schwann (Godesberg) podaje przypadek zupełnego wyleczenia wrzodu rogówkowego gruźliczego po 6 wstrzyknięciach (stopniowo od 0·001 do 0·007). Wrzód wielkości soczewicy znikł pod wpływem leczenia środkiem Kocha nie pozostawiwszy żadnego zaćmienia na rogówce.

Kahler: Peptonuryja po wstrzykiwaniach środka Kocha. Wychodząc z tego punktu widzenia, że środek Kocha może dzięki swéj własności niszczenia tkanki gruźliczéj, jakoteż działaniu toksycznemu na ustrój wywołać peptonuryję, przedsięwziął K. badania (metodą Hofmeistra) w tym kierunku na 29 dotkniętych gruźlicą, leczonych wstrzykiwaniami. Z 200 wstrzyknięć w 33 wydało badanie moczu co do obecności peptonu wynik dodatni. Pepton występuje w moczu z początkiem gorączki, częściéj jeszcze, gdy gorączka już trwa kilka godzin lub przeszła już najwyższe nasilenie; ustępuje zaś razem z ustąpieniem gorączki. Wielkość dawki, wysokość gorączki, zachowanie się innych objawów reakcyi nie stoją w ścisłym stosunku do peptonuryi. Albuminuryja, którą autor 16 razy zawsze w małym stopniu zauważał po wstrzykiwaniach, nie jest zdaniem jego w związku z peptonuryją. Białkomocz uważa K. nie jako następstwo gorączki, lecz bezpośredniego zadrażnienia nerek. (*Wien. klin. Woch.*).

Epstein: O zastosowaniu środka Kocha u osesków i dzieci w pierwszych latach życia. Materyjał składający się z 14 dzieci w wieku od 14 dni do 3 lat posłużył autorowi do odpowiedzi na kilka kwestyj. Przedewszystkiem co do dawki, to niektóre dzieci w wieku od 5 do 8 tygodni znosiły 1 i 2 mg. bez zaburzeń w stanie zdrowia i bez reakcyi. Jako regułę uważa E., aby u dzieci niżéj 3 lat rozpoczynać od dawki 0·1 mg. i ostrożnie powiększano ją o 0·05 do 0·1 mg. Z następującą injekcyją należy dopóty czekać, dopóki reakcyja zupełnie nie ustąpi. Dawkę można powiększyć dopiero wtedy, gdy obecna nie sprowadza już wcale podniesienia ciepłoty. Dwoje dzieci urodzonych z matek gruźliczych nie oddziaływało na środek Kocha. Zjawisko to potwierdza przypuszczenie autora, że dzieci gruźliczych matek rodzą się zdrowe. (*Prag. med. Woch.*, Nr. 1 i 2).

(C. d. n.) *Dr. Beck.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22 listopada 1890 r.

Przewodniczący: kol. Mars. Obecnych członków 80.

1) Z licznych gości, których na wniosek kol. Jakubowskiego prosił przewodniczący o podpisanie się na arkuszu pamiątkowym, zapisali swe nazwiska: Dr. Ant. Wierzejski, Dr. Roman Szeliga, starszy lekarz sztab., Dr. G. Ziembicki, Dr. L. Gluziński, Dr. Prochaska, Dr. Aleksander Majewski, lek. pułk. Dr. Bolesław Mayzel, Dr. Władysław Mydlarski, Dr. Bogumił Zawadil, Dr. Adam Langie, Dr. Jakliński, Dr. Stanisław Prager, Dr. Józef Gold, Dr. Singer, lek. pułk.

2) Kol. Rydygier dzieli się z postrzeżeniami poczynionemi nad metodą Kocha w Berlinie i przedstawia chorych, którym w klinice krakowskiéj robiono wstrzykiwanie. Rzecz ta, podobnie jak

3) Odczyt kol. Gluzińskiego i

4) Przemówienie kol. Pieniążka, były umieszczone w dodatku do Nru 48 „Przeglądu Lek.". W dyskusyi zabierał głos kol. Wilkosz. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dn. 3 grudnia 1890.

Przewodniczący: kol. Mars. Obecnych członków 52; jako goście obecni: Dr. Kazimierz Kruk z Limanowy, Aleksander Hiener z Jasła, Dymnicki z Buska, Dobruchowski z Wiśnicza, Borelowski z Poli.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, iż na następnem posiedzeniu komitet Towarzystwa uczyni wniosek: a) co do odmiennych etykiet na środkach do wewnętrznego, a zewnętrznego użycia; b) o dołączaniu odpisów recept do etykiet.

2) Jednozgodnie przyjęto komitet przedwyborczy przez komitet Towarzystwa proponowany, w skład którego weszli koll.: Buzdygan, Cercha, Domański, Friedberg, Gwiazdomorski, Hauser, Kopff, Koy, Lachowicz, Lustgarten, Obaliński, Pieniążek, Ponikło, Rosenblatt, Smorągiewicz, Spira, Schwarz, Zanietowski, Żuławski.

3) Kol. Rydygier przedstawia przebieg wstrzykiwań limfy Kocha dokonanych na 30 chorych przez przeciąg dwćch tygodni (rzecz ta będzie ogłoszona drukiem). Do najważniejszych spostrzeżeń należy stwierdzenie, że w niektórych przypadkach wstrzyknięcie drugie, jakkolwiek w niezwiększonéj dawce, wywołuje znacznie silniejszy odczyn niż pierwsze, mogący dochodzić aż do zapadu, wśród którego sinica jest bardzo znaczna, tętno bardzo liczne (do 176). Wyleczenia dotąd nie osiągnięto, ale w wilku skóra przedstawia się znacznie zdrowiéj, a chorzy z cierpieniami w stawach okazują widoczne polepszenie.

Kol. Pieniążek u jednego z trzech poddanych doświadczeniom chorych z cierpieniem krtani stwierdził poprawę podmiotowego uczucia, a przedmiotowe jakby zmniejszenie się obrzęku koło wrzodów.

Kol. Korczyński dziękuje kol. Rydygierowi za sposobność obserwowania zmian, jakie powstają w płucach po wstrzykiwaniu płynu Kocha u chorych dotkniętych równocześnie chorobami chirurgicznemi, jak niemniéj za możność leczenia chorych gruźliczych przeniesionych z kliniki lekarskiéj do jego kliniki. Co do dotychczasowych wyników, to te nakazują zachować wiele ostrożności w sądzie i wiele zimnéj krwi w ocenianiu. To tylko na pewne już obecnie powiedzieć można, że pod wpływem wstrzykiwań nastaje w płucach miejscowa reakcyja u osób dotkniętych gruźlicą płuc. Reakcyja ta objawia się rozmaicie. Najczęściéj zauważa się nasamprzód pojawienie się rzężeń w miejscach dotkniętych naciekami lub powiększenie się ilości rzężeń, tam gdzie poprzednio były skąpe. Rzadziéj liczba rzężeń po pierwszych wstrzykiwaniach się zmniejsza. Równocześnie pojawia się odgłos bębenkowy w miejscach poprzedniego stłumienia, lub co częściéj bywa, w sąsiedztwie dawnych stłumień, a niekiedy w miejscach odległych z zaostrzeniem lub osłabieniem szmerów oddechowych. Pod wpływem dalszych wstrzykiwań odgłos bębenkowy zamienia się na przytłumiony lub stłumiony, z osłabieniem lub zaostrzeniem szmerów oddechowych, a niekiedy nawet z oddechem oskrzelowym. Jeżeli się daléj wstrzykuje, to najczęściéj stłumienie nowe jawnieje, a w miejscu tem powstają zazwyczaj różnobańkowate dźwięczne rzężenia, przyczem odgłos wypukowy znów staje się często bębenkowy. Granice pierwotnych stłumień się zwiększają, ale czy trwale, to tylko dalsza obserwacyja wykazać może. Ten przebieg zmian miejscowych, obok pojawiania się niekiedy krwi w plwocinach, tak opłucnowych lub osierdziowych i powiększania się śledziony, odpowiada zakaźnemu reakcyjnemu obrzękowi lub zapaleniu płuc, które się tworzy na mniejszéj lub większéj przestrzeni naokoło ognisk gruźliczych. Czy to zapalenie jest wstępem do leczenia zmian gruźliczych w płucach, to dopiero dalsza i dłuższa obserwacyja wykazać może.

W dalszéj dyskusyi przemawiał kol. Surzycki i kol. Gluziński, który przedstawił chorego z naciekami w obu szczytach, u którego przeprowadza systematycznie wstrzykiwania limfy Kocha. Przypadek ten jest jeszcze w ciągłéj obserwacyi i zostanie ogłoszony.

W końcu kol. Oettinger wypowiedział szereg refleksyj nasuwających się wobec zapału ogólnego, jaki środek Kocha mimo swéj tajemniczości i szczupłéj ilości doświadczeń, a niestwierdzonego jeszcze ściśle działania wzbudzić potrafił i zaznaczył pewne analogije z niektóremi w starożytności głośnemi lekami. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

VII. Posiedzenie z dnia 21 stycznia 1890.

Przewodniczący: prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 8.

1) Prof. Dr. Rydygier wybrany członkiem Towarzystwa.

2) Kol. Kohn przedstawił 2 chore, a mianowicie: jedną dotkniętą *pseudo-hermaphroditismus masculinus*, drugą nowotworem złośliwym jamy brzusznéj. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący, Rydygier, Mars, Kohn i Cercha.

VIII. Posiedzenie z dnia 4 lutego 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że według protokółów kliniki ginekologicznéj znaleziono podczas próbnéj laparotomii dokonanéj na choréj, przedstawionéj przez kolegę Kohna z powodu nowotworu jamy brzusznéj, *adenoma ovarii*, nadto dodaje, że w klinice położniczéj znajduje się kobieta, która przebyła 3 razy laparotomiję z powodu nowotworu kiszki ślepéj w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza i klinice chirurgicznéj, obecnie jako ciężarna w 9 miesiącu ciąży.

2) Dr. F. Rosenblüth wybrany członkiem.

3) Uchwalono: a) rozesłać zaproszenie na członków korespondentów do lekarzy w Galicyi, oraz aby kol. Mars zajął się wydawaniem Pamiętnika Towarzystwa.

4) Kol. Kohn i Cercha zobowiązali się pisać sprawozdania z dzienników polskich do Roczników Virchowa.

5) Kol. Cercha przedstawił 3 chore, u których stosował masowanie w zboczeniach części rodnych.

6) Kol. Rydygier okazał preparat *hydrocele congenita* wycięty u kobiety.

7) Kol. Braun opisał: Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.

IX. Posiedzenie z dnia 4 marca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Jordan. Obecnych członków 10.

1) Wybrano członkami korespondentami Towarzystwa koll. Bąkowskiego, Błotnickiego, Bortmańskiego, Aschkenazego, prof. Czyżewicza, Moszkowicza, Rosnera, Ditiusa, Friedwalda, Gawlika, Kowalskiego, Zgórskiego.

2) Kol. Kohn przedstawił błonę doczesną miesiączkową (*membrana decidua menstrualis*) pochodzącą od panienki cierpiącéj na *dysmenorrhoea membranacea*; i chorą z włókniakiem tylnej ściany macicy. W dyskusyi zabierali głos koll. Jordan i Mars.

3) Kol. Mars przedstawił przekrój ciała kobiety zmarłéj podczas porodu z powodu pęknięcia macicy.

4) Kol. Braun pokazał preparat anatomiczny pęknięcia dobrowolnego macicy z powodu położenia poprzecznego.

X. Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7

1) Przyjęto na członków korespondentów koll. Skowrońskiego i Rudnickiego, a na czynnego członka kol. Czaplińskiego.

2) Kol. Mars przedstawia wnioski wysnute z przekroju kobiety zmarłéj podczas porodu, a w dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Braun.

XI. Posiedzenie z dnia 6 maja 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9, a jako gość: Dr. Jan Rosner ze Lwowa.

1) Kol. Cercha wygłosił odczyt: O mięsieniu w ogólności i zastosowaniu tegoż w leczeniu chorób ginekologicznych. — W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Mars.

2) Kol. Mars przedstawia preparat trąbkowéj ciąży zamacicznéj. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Braun.

3) Kol. Cercha przedstawił preparat anatomiczny mięsako-włókniaka macicy.

4) Kol. Rydygier zaprasza członków Towarzystwa ginekologicznego do wzięcia udziału w zjeździe chirurgów.

XII. Posiedzenie z dn. 3 czerwca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7.

1) Kol. Mars przedstawia preparat macicy w 3 miesięcy ciąży dotkniętéj rakiem, wydobyty przez prof. Rydygiera. W dyskusyi zabierają głos koll. Przewodniczący, Rydygier, Obaliński, Mars, Kohn i Czapliński.

2) Kol. Mars przedstawia płód pergaminowy wydobyty podczas porodu bliźniaczego.

XIII. Posiedzenie z dn. 1 lipca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5, a jako gość Dr. Piasecki z Galaczu.

1) Uchwalono, aby: a) podczas VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich Towarzystwo ginekologiczne utworzyło sekcyję ginekologiczną, a jako gospodarz wybrany został kol. Przewodniczący, zastępcą gospodarza kol. Mars, sekretarzami koll. Braun i Cercha; b) postawić na porządku dziennym 4 referaty: 1) *hyperemesis gravidarum*; 2) o postępowaniu w pęknięciu macicy; 3) o postępowaniu leczniczem w niestosunku porodowym; 4) o leczeniu włókniaków macicy.

2) Kol. Kohn odczytał: Ichtyjol w ginekologii. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Cercha.

XIV. Posiedzenie z dn. 21 paźdz. 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5.

1) Kol. Obaliński przedstawił: a) preparat ciąży zamacicznéj; b) 2 macice dotknięte rakiem wyłuszczone podotrzewnowo; c) raka wyszłego z *omentum*. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący, Obaliński, Mars, Cercha i Rydygier.

2) Kol. Mars przedstawił macicę rakowatą, wyłuszczoną przez pochwę.

XV. Posiedzenie z dn. 2 grudnia 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 6, a jako gość Prof. Dr. Cybulski.

1) Kol. Mars przedstawił: a) preparat anatomiczny 3 tygodniowego jaja płodowego; b) prepart 3-miesięcznego jaja płodowego. W dyskusyi zabierali głos: Przewodniczący, Prof. Cybulski i kol. Cercha.

2) Kol. Przewodniczący przedstawił potwór „dwugłowca“ i poczynił przytem uwagi co do mechanizmu porodowego w podobnych przypadkach. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars i Prof. Cybulski.

Sekretarz: *Dr. Stanisław Braun.*

VII. WIKTOR SZOKALSKI.

(Wspomnienie pośmiertne).

Z szeregów iście naukowych ubył szermierz dzielny i weteran stary. Sędziwą głowę, w zasług wawrzyn powitą, złożył do snu wiecznego Wiktor Szokalski, nauce i społeczeństwu spłaciwszy dań piękną a sowitą.

Do grobu zstąpił mąż rozległego umysłu i wielkiego serca, co w długiéj życia swojego wędrówce krok każdy znaczył podniosłą myślą i dostojnym czynem. Mędrzec prawdziwy, bo miał miłość szczerą i wiarę głęboką, kochał swą ziemię i bliźnich, swych braci, wierzył w nauki olbrzymią potęgę, a ducha krzepił nadzieją ciągłego wśród ludzi postępu.

Tylko, kto w duszy takie piastował ideały, mógł tak stale wytrwać przy naukowym i obywatelskim sztandarze, pod który się całem sercem ochotnie zaciągnął i do późnéj starości dźwigać z pogodą i mozoł i trudy, a i niejeden krzyż życia znosić cierpliwie.

Zaiste, całem swem pracowitem, czystem i szlachetnem życiem Szokalski dowiódł, że w nim istotnie i umysłu dary i zdolność rozumu i talent i wiedza skojarzyły się nierozdzielnie z podniosłym ideałem moralnym i tak zespolone wciąż go do pożytecznego popychały działania. Co w gorącym zapale dzielny zapowiadał młodzian, co samodzielną naukową pracą i społeczną zasługą stwierdził mąż dojrzały w sił swych bogatym rozwoju, temu też wiary najwięcéj dochował zgrzybiały starzec aż do mogiły: Czynił zawsze to, co mu nakazywał obowiązek i sumienie. Ta wielka, szczerego mędrca znamionująca, zgodność głębokiéj znajomości każdego przedmiotu, który umysł jego zaprzątnął z poczuciem gorącem dobra i pożytku społecznego stawała się zawsze dla Szokalskiego skutecznym bodźcem pięknych i płodnych w następstwa czynów.

Zrodzony i wychowany w najbujniejszego romantyzmu dobie, choć już młodą pierś ozdobił waleczności znakiem, nie był to przecież wcale marzyciel gnuśniejący, ale człowiek czynu zawsze jasno obmyślanego, mąż, co wytrwale dąży do wytkniętego umiłowanego celu.

Rozległym, prawdziwie filozoficznym umysłem obejmując obszerne nauk i wiedzy widnokręgi, umiał też własną, genialną nieraz myślą spostrzegać naukowe braki i prostować błędy, a wytrwałą własną pracą zdanie swoje stwierdzać i utrwalać, zapisując na wieczne czasy imię swoje pośród tych, co wiedzę rozprzestrzeniać i naprzód pchnąć potrafili.

Wcześnie na obczyznę zagnany, zdobywa sobie tutaj przebojem stanowisko wybitne i oto wczas już młody lekarz polski staje się jednym z najpierwszych „okulistów francuskich“, a pierwszym w stolicy Francyi „prezesem stowarzyszenia lekarzy niemieckich“ — praca i nauka uczyniły go znanym i cenionym u obcych.

Mamże tu wspomnieć o jego niewzruszonych dotąd poglądach na zmysł mięśniowy, na czucie barw i o podstawowych jego pracach oftalmologicznych, co mu zjednały późniéj miano ojca okulistyki polskiéj?

Powróciwszy do kraju, zanim jeszcze z katedry uniwersyteckiéj mógł głosić naukę o życiu, a późniéj oftalmologiję wykładać, łacno dostrzega i jasno rozumie, że nie samych tylko ściśle naukowych badań, zwłaszcza u nas, potrzeba; doskonale pojmuje, że nam i lżejsza potrzebna jest strawa, że nie odrazu na niwie długo odłogiem leżącéj plon ściśléj wiedzy pomyślnie wyrasta, — więc z zaparciem się własnych ambicyj i rozleglejszych naukowych widoków, któreby pewnie niejednego znęciły, wielki uczony bierze się do popularyzowania wiedzy, gorliwie rozsiewa hojną ręką obszerne swe wiadomości, użyźniając glebę pod nowy specyjalniejszy posiew i szerząc wśród swoich zamiłowanie do prawdziwie zasadniczéj wiedzy.

Nie zliczyłbym tych prac drukowanych, odczytów, przemówień, zachęt i przedsięwzięć, które w tym kierunku bądź wyłącznie, bądź w znacznéj części Szokalskiemu zawdzięczały początek. A to wszystko przy współczesnéj nader rozległéj praktyce okulistycznéj i przy gorliwem kierowaniu Instytutem oftalmicznym, który niezmordowaną pracą do kwitnącego stanu doprowadza — zaprawdę, mąż to wielkiéj ręki!

Światłym rozumem widział, a znaném tkliwem sercem odczuwał opłakany stan majątkowy tych lekarzy, którzy mimo wyczerpującéj zawodowéj pracy nawet starości swéj zabezpieczyć nie zdołali, — przykłada tedy czynną ręką do stworzenia „kasy wsparcia lekarzy podupadłych, oraz wdów i sierót po nich pozostałych.“ Czy potrzeba roztrząsać, ile dobrego już dotychczas instytucyja ta zdziałała.

W młodości swéj sam ciężkie przechodząc czasy przy kształceniu się za granicą aż do późnego wieku czuł i pamiętał, ile to prac ginąć może z braku środków do ich wydania, ile zdolności marnieje, jeżeli im w zaraniu karyjery zabraknie szczupléj nieraz sumki na dalsze wykształcenie — najgorętsze więc starania poświęca wprowadzeniu w życie „kasy pomocy imienia Mianowskiego dla osób naukowo pracujących“ Nikomu z obeznanych z ruchem umysłowym u nas nie tajno, ile pożytku kasa rzeczona przynosi. A cóż mam dopiero powiedzieć o zasługach Szokalskiego dla Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego? Najlepszą cząstkę pięknéj swéj duszy kładł on w jego rozwój, a kilkadziesiąt lat pracy wytrwałéj, ogrzanéj szczerą miłością dla instytucyi, sprawiły, że po wszystkie czasy czcić ona będzie w Szokalskim swego Odnowiciela. Naukowa powaga i znaczenie Towarzystwa miały w nim światłego piastuna, a pomnożenie pomocy naukowych oraz stan gospodarczy, majątkowy i administracyjny gorliwego orędownika; przez lat téż z górą trzydzieści piastował dostojnie godność stałego sekretarza.

Myśliciel głęboki, wiedzy w najobszerniejszém znaczeniu prawym był synem. Mistrz w gałęzi nauki niejednéj, pokrewne niwy rozległym obejmował umysłem i śmiało rzec można, nie było chyba w ogóle dziedziny umysłowéj, którąby Mu całkiem była obcą — toć nawet z zamiłowaniem uprawiał poważniejszą literaturę nadobną.

A komuż nie wiadomo, że Szokalski należał do najlepiej po polsku piszących autorów i że nikt chyba lepiej od niego wiedzy gruntownéj nie łączył z prostotą stylu, jasnością i wyrazistością języka.

Ani pragnę, ani potrafię na tem miejscu wyliczać wszystkie prace naukowe Szokalskiego — toż to cała biblijoteka! Lecz nie mogę się powstrzymać od wzmianki, że obejmuje ona zakres bardzo rozległy: fizyjologija, oftalmologija, chirurgija, hygijena, psychologija i filozofija przyrody, nauki społeczne i teoryja sztuki malarskiej, to tylko część tych dziedzin, w których Szokalski pracował, pisał dzieła, rozprawy, odczyty, zabierał głos w mowie i na piśmie zawsze ściśle i poważnie. Szczegółowe rozpatrzenie całéj umysłowéj spuścizny po wielkim nieboszczyku byłoby zarówno wdzięcznem jak rozległem zadaniem, któremu wszakże jeden krytyk chybaby sumiennie nie podołał. Praca naukowa też nieustannie zaprzątała Szokalskiego, a gdy już o spostrzegawcze badania było mu trudniej, jeszcze ten potężny umysł rozglądał się szeroko w świecie idei i snuł z ogromnego zasobu dawniejszych studyjów i wiadomości rozległe filozoficzne syntezy. Dowodem jego przed parą laty wydany „Rozwój umysłowości w przyrodzie.“

Przy czytaniu téj książki dziwnego doznawałem uczucia. Mimowoli przyszli mi na myśl i owi starzy pieśniarze, co z gęślą swoją rozstać się nie mogli i Goethe piszący przed śmiercią swój przepiękny „spór fakultetów“ i ogłuchły Beethoven symfoniją uroczą żegnający ziemską pielgrzymkę.

Jest bo zaiste coś wzruszającego w tym fakcie, że starzec już fizycznie słaby, wiekiem i pracą sterany, ale duchem silny, młodzieńczo wybiega po za kres swéj codziennéj specyjalności i myślą ściga szlaki praw przyrody.

Nie zestarzał się téż Szokalski umysłowo do końca życia, skoro mógł jeszcze na parę miesięcy przed śmiercią (jesienią 1890 roku) na posiedzeniu Towarz. lekarsk. objąć w płynnym, pięknym wykładzie „postęp medycyny u nas w ciągu ostatnich lat 60-u“ i najświeższe nawet zdobycze bakteryjologiczne w zakres wykładu wprowadzić. Zaprawdę nie wiem, czy więcéj podziwiać tę krzepkość i świeżość umysłu, co potrafił do dni ostatnich rozumieć i obejmować najświeższych badań zdobycze, czy czcić goręcéj to rozrzewniające przywiązanie do pracy i prawdy, tę wiarę żywą w postęp, co temu zgrzybiałemu weteranowi kazały wytrwać do końca przy sztandarze nauki, a jak prorokowi włożyły w stygnące usta słowa natchnione: „jest lepiej, niż było, a przy waszej pracy jeszcze lepiej być może i będzie!“

Warszawa w Styczniu 1891. *Dr. Aleksander Fabian.*

Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Otóż w drugiéj połowie lipca zostaje zaatakowanem miasteczko Rawanduz, położone na wschód od Mossulu i zbliżone ku granicy perskiéj. Okolica ta poprzerzynana rozgałęzieniami nieznacznego górskiego pasma Balak zasobna w liczne strumienie, przeobrażające się następnie w koryto górnego Zarbsu, z dość licznemi wiejskiemi osadami, których mieszkańcy zajmują się przeważnie ogrodnictwem i hodowlą bydła, podobnie jak w roku przeszłym tak i teraz, spłaciła prawdziwy haracz ustalającéj się tu niejako zarazie.

Jednocześnie z miasteczka Zacho cholera zaznaczywszy swe przejście kilkoma tylko przypadkami ze stosunkowo szczęśliwem zejściem, przerzuca się do Fejszywaru i to nie już drogą zwykłych miejscowych komunikacyj, a tylko podług zapewnień tamecznej władzy, za pośrednictwem tratew kursujących po rzece Chabur. Uwzględniając warunki klimatyczne téj miejscowości, jéj położenie na wyniosłych trachytowych pokładach wybrzeża Tygru, kryjących się w bujnych zaroślach drzew figowych, wreszcie zadowalający stan zdrowotny pośród dostatnich wogóle mieszkańców, można było mniemać, że punkt ten pozostanie wolnym od zarazy. Okazuje się jednak, że przerzucona tu plaga szerzyła się z większą jeszcze energiją, aniżeli gdzieindziéj. Trzymała się jednak tego punktu tylko dni sześć, porwawszy trzynaście osób na siedmnaście zauważanych przypadków. Lecz nie znajdując tutaj odpowiednich warunków do swego ustalenia się, pomijając nawet posterunek sanitarny, jakim pospieszono przedzielić okolice zakażone od północnych okolic prowincyi, zaraza gasnąc w Fejszywarze, dzieli się na dwa prądy niejako i jednym dąży lewym wybrzeżem Tygru, sięgając do Dżezyreh, drugim zaś zachodnio północnym, zaznaczając swój postęp nieznaczną śmiertelnością, przedostaje się aż do miasta Mardyn. Postrach i groza zapanowują w tym średniowiecznym krzyżackim przystanku, a to tem więcéj jeszcze, że pierwsze przypadki cholery zaszły tu w klasztorze panien dominikanek pośród uczącéj się młodzieży. Oszczędzając jednak obcy tu pierwiastek, cholera przerzuca się do dolnéj części miasta, gdzie pośród Ormian i Izraelitów sprawia dotkliwe straty. Energija, z jaką tu się szerzy, wpływać się zdawała na czas trwania zarazy, kilkodniowy tylko, lecz cechujący się przeważną liczbą nieszczęśliwych zejść.

Miasto Mardyn jest punktem pośrednim z jednéj strony między Dżezyreh i Urfą, z drugiéj zaś od północy ze stolicą prowincyj Diarbekirem. Stosunki z tym ostatnim są bardzo ożywione. Nic więc dziwnego, że i warunki zdrowotne Diarbekiru wkrótce zostają zachwiane stale postępującą na północ zarazą. Jednakże i to jest fakt zasługujący na zanotowanie, że cholera tu wybuchła okazuje się bardzo łagodną pomimo nieszczególnych warunków klimatycznych, stale podtrzymywanych brakiem łatwego dostępu prądów powietrza, rozbijających się niejako o wysokie średniowieczne mury, grubem pasmem, w całem tego słowa znaczeniu krępującem całe miasto. Jakkolwiek położony na prawem wybrzeżu Tygru, Diarbekir wznosi się na samotnem bezżyznem wzgórzu, przedzielonem od rzeki parokilometrowem pasmem krzemionki i trachytowego żwiru. W każdéj porze roku nieznośny tu klimat, słusznie nazywany kazamatowym. I nietylko przejezdni, ale i osiedli mieszkańcy uskarżają się zwykle na ścieśnione powietrze, dokuczliwe upały i zimną długotrwałą wilgoć. Pomijam już sterty nieczystości, nagromadzone w obszernych tutejszych „karawanserajach“ i wyziewy ze składów surowych skór, przerabianych na ceniony safian. Przy takich więc warunkach klimatycznych słuszną była obawa, że cholera rozgościwszy się tu nad innemi zakaźnemi chorobami, rozwinie się do niezwykłego stopnia. Spotykamy tu jednak fakt, potwierdzający bardzo łagodny charakter zarazy, która w ciągu jedno miesięcznego trwania zaatakowała 23 osoby, niesprowadziwszy żadnego przypadku śmierci. Była to jednak plaga z prawdziwie azyjatyckiemi objawami, a nie coś „swojskiego“, jak ją pozwolił sobie zatytułować poduczony we Francyi wielko rządca prowincyj. Może też żyjątka Kocha spotkały się z wrogiemi sobie fagocytami?

Ostatnim wreszcie punktem w wielkim trójkącie, jakim da się określić tegoroczny postęp cholery w tureckim Kurdystanie, jest to miasto Bitlis, położone na południowo-zachodniéj stronie jeziora Wan. Zaraza wybuchła tu w końcu lipca, cechując się bardzo groźnemi objawami chorobowemi, którym bezwarunkowo uległa cała ilość dotkniętych w liczbie 47. Wszelkie usiłowania w celu zebrania materyjału, mogącego wykazać drogi przedostania się tu cholery, opierają się dotychczas tylko na przypuszczeniach. Zdaniem miejscowych lekarzy przerzucenie się zarazy do Bitlis jest tylko prostem następstwem charakteru tegorocznéj cholery w Kurdystanie, mianowicie skłonności do szybkiego przerzucania się z okolic zakażonych do innych, bez względu na ich odległość. Jest to prawdopodobnem, a to tem więcéj, że stosunki Bitlisu z okolicą nadtygrzańskich wybrzeży są bardzo nieznaczne i ograniczają się przeważnie do spławiania drzewa tratwami po rzece Bitlis-czay. Przy ujściu tego napływnika do Tygru flisacy tutejsi zwykli się spotykać z tratwami przybywającemi z Diarbekiru. Przy możebnem więc zetknięciu się z jakimś chorym biedakiem, przy następnym powrocie lądem, mogą stać się pośrednikami w przeniesieniu chorobowego zarazka do dalszéj okolicy. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 lutego. Sprawa utworzenia Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie lwowskim zrobiła ważny krok naprzód. W skutek polecenia Namiestnictwa z d. 12 stycznia b. r. do L. 13/pr, odbyła się w dniach 1 i 2 lutego b. r. w biurach tutejszego Delegata namiestniczego ankieta w sprawie założenia rzeczonego Wydziału lek. pod przewodnictwem wice-prezesa Rady szkolnéj radcy dworu Dra Bobrzyńskiego. W ankiecie téj oprócz grona profesorów Wydziału lek. krakowskiego brali udział protomedyk Dr. Merunowicz i prof. chemii uniw. lwowskiego Dr. Radziszewski; obowiązki sekretarza pełnił praktykant przy starostwie tutejszem, docent Dr. Blumenstok.

Narady ankiety opierały się na założeniach następujących: 1) że utworzenie Wydziału lekarskiego we Lwowie nastąpi successive przez otwarcie co rok jednego kursu poczynając od kursu pierwszego; 2) że wydział ten liczyć może przeciętnie na taką samą liczbę uczniów, jak Wydział krakowski, lub nie wiele mniejszą; 3) że urządzeniem swojem odpowiadać powinien dzisiejszemu stanowi nauki, z możliwem jednakże zaszanowaniem finansów państwa; 4) że Wydział filozoficzny na Uniwersytecie lwowskim potrzebie uzupełniającego wykształcenia medyków jest w stanie w zupełności zadość uczynić.

W tych granicach p. Namiestnik żądał od ankiety odpowiedzi na pytania następujące: 1) ile i jakich katedr (zwyczajnych lub nadzwyczajnych) ma być zaprowadzonych i do jakich przedmiotów, oraz w jakiéj po sobie kolei; 2) jakich ukwalifikowanych kandydatów na profesorów możnaby przedstawić i pozyskać, a ewentualnie jakich należałoby dopiero specyjalnie wykształcić; 3) jakie instytuta należałoby założyć; 4) jakiemi ubikacyjami miałby każdy z tych instytutów w szczególności rozporządzać, na jakie szczegółowe cele i w jakich rozmiarach. (Przy klinikach należy podać liczbę łóżek); co się zaś tyczy instytutów nieklinicznych zastanowić się nad pytaniem, czy nie możnaby ich umieścić razem w jednym wystawić się mającym gmachu; 5) jakich sił pomocniczych, asystentów, elewów, demonstratorów sług itp. wymagałby każdy instytut i z jaką płacą lub wynagrodzeniem; 6) jaka kwota byłaby potrzebną na założenie zbiorów i wewnętrzne urządzenie każdego instytutu i o ile możnaby ją na szereg lat rozłożyć; 7) jaką dotacyję roczną stałą wypadłoby każdemu instytutowi wyznaczyć.

Dla przyspieszenia obrad ankiety i dostarczenia jéj gotowego materyjału wymagano, ażeby każdy profesor przyniósł na posiedzenie odpowiedzi na pytania powyższe w formie specyjalnych do każdego przedmiotu pisanych referatów, któreby się załączyło do protokołów obrad.

Pod odczytaniu przez prof. Rydygiera odnośnego sprawozdania Wydziału lek. krakowskiego i przeprowadzeniu dyskusyi ogólnéj przystąpiono do odczytania referatów poszczególnych profesorów a nad sprawozdaniami temi toczyła się żywa dyskusyja. Z kolei zdawali sprawę proff. Teichman, Madurowicz, Cybulski, Stopczański, Adamkiewicz, Łazarski, Browicz, Blumenstok, Korczyński, Rydygier, Rosner, Jakubowski (w imieniu i z upoważnienia nieobecnego z powodu słabości prof. Rydla, oraz w imieniu własnem), wreszcie proff. Domański, Pieniążek i prof. Cybulski (co do dentystyki).

Poczem przewodniczący zamknął posiedzenie, dziękując obecnym, prof. Teichman zaś podziękował przewodniczącemu za jego starania i dobre chęci.

Otóż w krótkości przebieg narad, które trwały 6—7 godzin; protokół dokładny oraz poszczególne sprawozdania fachowe p. przewodniczący przedłoży Namiestnictwu. Z nich Rząd poweźmie przekonanie, że utworzenie Wydziału lek. we Lwowie jest tylko kwestyją pieniężną, bo zasadniczych przeszkód znikąd nie podniesiono; nabędzie także przekonania, że z małemi wyjątkami i kwestyja osób nie nastręcza prawie żadnych trudności.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak., odbytem w dniu 4 bm., wybrano członkami Tow. Drów Kośmińskiego i Świtalskiego, poczem Przewodniczący zawiadomił Towarzystwo o zmianie Statutu Tow. lekarzy galicyjskich, oraz że kol. docent Trzebicky podjął się dostarczenia referatów z prac lekarskich polskich z roku ubiegłego do roczników Virchowa i Hirscha, a wiadomość tę obecni przyjęli oklaskami. Następnie kol. Wilkosz miał wykład zapowiedziany, a w dyskusyi wzięli udział koll. Rydygier, Obaliński i prelegent; w końcu kol. Surzycki miał rzecz o nowszych środkach nasennych, a w dyskusyi zabierali głos koll. Wilkosz, Żuławski, Pieniążek i Obaliński.

* Równocześnie odzywa się ostra krytyka przeciw leczeniu i postępowaniu Kocha we Francyi i w Rosyi. Prof. Verneuil w wykładzie mianym w Hôtel Dieu nazywa odkrycie Kocha umiejętnym Sedanem, z tą tylko różnicą, że katastrofa tym razem odgrywa się z tamtéj strony Renu. W podobny sposób wyraził się na IV. Zjeździe lek. rosyjskich prof. Sklifassowski. Kolegijum lekarskie w Szkocyi zakazało członkom swoim ogłoszenia wyniku doświadczeń z limfą Kocha w dziennikach nielekarskich, uważając ogłoszenie to za niezgodne z godnością lekarską.

* Miejsce Eulenburga, który złożył redakcyję czasopisma *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin*, zajął radzca lekarski i rządowy Dr. Wernich w Coslinie.

* W tygodniu 3 (18—24 stycznia) było w Krakowie małżeństw 21, urodzin 59, skonów 49 (34·19), z tych z zap. płuc 14, z gruźlicy 9, z dławca i błonicy 4, z płonicy 2.

(*J. L.*) W pięknym artykule wstępnym *The Provincial Med. Journal* Dr. Tomasz M. Dolan ostro krytykuje Kocha, jakoteż Towarzystwa lekarskie wszystkich państw cywilizowanych za to, że pozwoliły używać środka tajemniczego w celach leczniczych. Cały ogół lekarski powinien był wezwać Kocha, aby wyjawił, czem jest ten płyn i w jaki sposób można go otrzymać? Daléj autor artykułu tego występuje dość ostro przeciw saméj eksploatacyi tego środka w Berlinie. W praktyce bowiem prywatnéj miały dziać się pewne nadużycia, tak na niekorzyść pacyjentów, jakoteż i nauki. Autor wreszcie wyraża nadzieję, że lekarze berlińscy nie zaniechają pierwszéj sposobności, ażeby zażądać wyjaśnienia tych, którzy odważyli się odstąpić od moralnych zasad obowiązujących stan lekarski i kończy swój artykuł wnioskiem, ażeby honoraryja wyłudzane od chorych, którzy mimo wstrzykiwań wyzdrowieć nie mogli, odebrano i ofiarowano na pewne cele humanitarne. (*Wracz*, Nr. 1, 1891).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lekarskich otrzymał w uniw. Jagiell. p. Jan Kolessa, rodem z Sopotowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł prof. chirurgii Dr. Reyher w 44 roku życia. — W Brukseli umarł okulista Dr. Warlomont (urodzony w roku 1820, b. prezes akademii lek. belgijskiéj, redaktor *Annales d'oculistique*); w Berlinie Dr. Edward Michaelis, b. asystent Graefego, licząc lat 67.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. L. w St. W taksie taki przypadek nie przewidziany; można atoli likwidować 2 złr. 10 cnt., jak za wydanie osobnego orzeczenia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W gminie miejskiéj Varcar Vakuf w powiecie Jajce opróżnioną jest posada lekarza gminnego, połączona z płacą 1200 złr. rocznie, na którą niniejszem rozpisuje się konkurs do dnia 10 marca b. r. — Ubiegający się o tę posadę mają się wykazać dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, przynajmniéj roczną praktyką szpitalną lub prywatną, jakoteż znajomością języka niemieckiego i jednego słowiańskiego. — Podania udokumentowane należycie bezpośrednio należy nadesłać do „Bezirksamt Jajce“ (Bośnia). — Bliższych wiadomości, tyczących się miasta Varcar Vakuf i okolicy, jakoteż stosunków mogących obchodzić starających się o tę posadę, udziela Redakcyja „Przegl. Lek.“

Varcar Vakuf 15 stycznia 1891.

21—3—1 *Skarien*, burmistrz.

L. 5. **KONKURS.**

Celem obsadzenia dwóch posad lekarzy miejskich przy Urzędzie miejskim król. woln. miasta Lubaczowa, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem podań do 20 go Lutego 1891 roku

Płaca roczna wynosi 300 złr. w. a.

Do obowiązków lekarza miejskiego, należą oprócz bezpłatnego leczenia ubogich miejscowych, także oględziny ciał zmarłych, tudzież oględziny bydła i mięsa. Ogólna czynność zostanie przez Naczelnictwo gminy instrukcyją odpowiednio rozdzielaną.

Pierwszeństwo mają doktorowie medycyny.

W miejscu znajduje się c. k. Sąd powiatowy, tudzież stacyja kolejowa.

Lubaczów, dnia 31 Stycznia 1891.

23—2—1 Burmistrz: *Ignacy Szydłowski*, w. r.

Rok XXX. Kraków, 14 Lutego 1891. Nr. 7.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego, Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. Sp. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 5 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O uleczn*é*j formie „tabes“.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Dok. Patrz Nr. 6.)

Tak musiano w naszych przypadkach dopiero szukać przyczyny powyższych porażeń.

Charakterystyczny rodzaj parestesyi w nogach i rękach, który był szczególnie wybitnym u naszego pierwszego chorego, ale także nie brakowało go i u drugiego, utrata odruchów ścięgnistych, objawy niezborności w ruchach, — to wszystko przemawiało za *tabes*.

Pod wieloma jednak względami różniły się nasze przypadki od zwykłéj *tabes*, a mianowicie: brak przedmiotowych zaburzeń w czuciu, wielkie osłabienie mięśni, nadzwyczajna szybkość w postępie porażeń i szybki zwrot wszystkich objawów.

B r a k p r z e d m i o t o w y c h z a b u r z e ń w c z u c i u w *tabes* nie jest rzeczą zbyt rzadką. Kto miał sposobność badać dużo przypadków *tabes*, temu ten fakt dobrze jest znanym.

W dziele mojem o chorobach zwyrodnienia rdzenia pacierzowego[1]) starałem się wyjaśnić wpływ tego objawu na funkcyje.

Także o s ł a b i e n i e m o t o r y c z n e m i ę ś n i jest objawem, który zdarzyć się może w *tabes*. Jak wiadomo pierwszy zwrócił uwagę na ten objaw W e s t p h a l i wyjaśnił, że jest on następstwem schorzenia dróg pyramidalnych w rdzeniu ludzi cierpiących na *tabes*. I rzeczywiście mógł ten autor wykazać na wynikach oględzin pośmiertnych, że stopień osłabienia mięśni, które komplikuje zwykły obraz *tabes*, stoi w prostym stosunku do nasilenia, w jakiem w odpowiednich przypadkach obok zwyrodnienia sznurów tylnych są zwyrodniałe i sznury boczne.

A wynik ten przez wielu autorów został potwierdzonym, między innymi i przezemnie. A przy téj sposobności starałem się dać wyjaśnienie tego klinicznego objawu, które z wielu stron przychylnie zostało przyjętem, a które tutaj dosłownie przytoczę.

W wcześniejszych mych pracach udowodniłem, że prawidłowa czynność mięśni polega na dwojakiem unerwieniu, raz ze strony dróg pyramidalnych, w których przebiegają impulsa woli, a powtóre ze strony sznurów B u r d a c h a, w których przebiegają pobudzenia napięcia (*tonisirende Erregungen*). Ponieważ te dwa unerwienia są antagonistycznemi, przeto im więcéj są zajęte drogi pyramidalne, a przez to cierpi wpływ woli, tem więcéj działają pobudki napięcia mięśni i wywołują obok osłabienia motorycznego patologiczne napięcie, spasmus i powiększenie odruchów ścięgnistych. Im więcéj jednak są schorzałe sznury B u r d a c h a, a tem samem zmniejsza się napięcie mięśni, tem niezgrabniejszym staje się ruch dowolny mięśni, obok zmniejszenia napięcia mięśni i objawów ścięgnistych.

Tak więc jest rzeczą jasną, jak przy równoczesnem schorzeniu sznurów tylnych i bocznych według stopnia schorzenia jednych lub drugich raz występuje na plan pierwszy hypermocyja z atoniją, drugi raz o s ł a b i e n i e m o t o r y c z n e ze zwiększonemi odruchami ścięgnistemi. I tak samo jest rzeczą jasną, że przy szczególnie znacznem zwyrodnieniu sznurów tylnych o b j a w y o s ł a b i e n i a m o t o r y c z n e g o o p a n o w u j ą o b r a z c h o r o b o w y a nawet zacierać musi t. z. „ataxiję“, która przecież nie jest niczem innem, jak wyrazem istniejącéj, jakkolwiek chorobowo unerwionéj, s i ł y mięśni.

W ten sposób dochodzimy do wniosku, że w opisanych wyżéj przypadkach mamy przed sobą schorzenia rdzenia pacierzowego, p r z y k t ó r y c h r ó w n o c z e ś n i e zajęte z o s t a ł y s z n u r y t y l n e i b o c z n e, z których

[1]) *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarks.* Stuttgart 1888. Enke. pag. 102.

szczególnie ostatnie w wysokim stopniu w swéj czynności były upośledzone.

A te zaburzenia musielibyśmy stosownie do naszych dotychczasowych doświadczeń odnieść do zwyrodnień odpowiednich dróg, gdyby przeciw temu przypuszczeniu nie przemawiał ten tak charakterystyczny przebieg choroby.

A właściwość w przebiegu obu moich przypadków polegała właśnie w tem, że 1) osłabienie mięśni w krótkim czasie przeszło w prawie zupełne porażenie, a 2) że to porażenie szybko ustąpiło.

Jak się tłumaczy ten przebieg niezwykły *tabes?*

Tyle jest z góry pewnem, że te dwie okoliczności nie tylko że przemawiają przeciwko istnieniu rzeczywistych zwyrodnień w naszych przypadkach, ale nawet są istnym dowodem tego. Albowiem rzeczywiste zwyrodnienia nie mogą w tak krótkim czasie się rozwinąć, a tem mniéj tak szybko ustąpić.

Jeśli więc wyż wymieniony obraz choroby t. z. forma bifascykularna zwyrodnienia skombinowanego, jak to nazwałem (zwyrodnienie pierwotne w sznurach Burdacha i zwyrodnienie następowe w sznurach Golla) nie polega na rzeczywistem zwyrodnieniu, w jaki więc sposób ten obraz chorobowy powstaje?

Leczenie. Na to pytanie dało odpowiedź leczenie, które w obu przypadkach było zastosowane, a które dało tak świetne wyniki. W obu bowiem przypadkach wykazały wywiady, że chorzy ci cierpieli na kiłę, pierwszy chory przed 10-ciu, drugi przed 5-ciu laty.

Skutkiem tego zastosowano u obu chorych zaraz z początku ciężkich objawów porażennych energiczne leczenie przeciwkiłowe.

Pierwszy chory odbywał to leczenie na oddziale prymaryjusza p. Dra Paszkowskiego, który dawał choremu od 14 kwietnia do 31 maja 1888 r. codziennie 3 łyżki stołowe 5% rozczynu jodku potasu i w ten sposób uzyskał wyzdrowienie zupełne ciężko porażonego w czasie wyż wspomnianym.

Drugi chory był leczony w tym samym szpitalu na oddziale p. profesora Rosnera i dostał 40 wcierek z maści szaréj $4,_0$ dziennie i w tym samym czasie $4,_0$ *kali jodati* dziennie.

Ten świetny skutek leczniczy daje zupełne wyjaśnienie przyrody cierpienia. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną tegoż była kiła.

Uwagi końcowe. Możemy z tego następujące wysnuć wnioski:

Tabes luetica rzeczywiście istnieje.

Charakterystyczne objawy tejże, o ile dotychczasowe doświadczenia nas pouczają, są następujące: niezborność ruchów, znaczne osłabienie motoryczne mięśni, które w krótkim czasie prowadzi do paraplegii i brak wszelkich przedmiotowych zaburzeń w czuciu.

Wiadomość o jéj istnieniu jest dlatego wielkiéj doniosłości, że jest ona, jak się przynajmniéj do tego czasu zdaje, jedyną formą wiądu uleczną, a zatem rozpoznanie wczesne jest bardzo ważnem. Dotąd uważano uwiąd rdzenia, czy on był na tle kiłowym czy nie, za chorobę nieuleczną, a leczenie przeciwkiłowe nietylko jako nieskuteczne, ale nawet szkodliwe, sądzono bowiem, że tylko kiła mózgu leczeniem specyficznem uleczyć się daje, nie zaś kiła rdzenia.

Wyż wymienione przypadki dowodzą, że rzeczywiste kiłowe zajęcie rdzenia pacierzowego nawet i wtedy jest uleczne, gdy przyszło skutkiem takowego do zupełnego przerwania przewodnictwa tegoż organu. Aby osiągnąć ten skutek, dwie rzeczy są potrzebne, a mianowicie 1) odpowiedni wybór przypadków, a 2) odpowiedni czas leczenia.

Nie każdy wiąd rdzenia, nawet u osób które przebyły kiłę, musi być kiłowym a wtedy oczywiście leczenie przeciwkiłowe skutkować nie może. Aby tutaj nie było myłki w rozpoznaniu, przedewszystkiem zwrócić trzeba uwagę na wyż wymienione rozpoznawcze punkta.

A potem nie może ulegać wątpliwości, że zmiany które wywołuje kiła, tylko do pewnego czasu dają się usunąć. Jeśli ten czas przejdzie, to musi nastąpić zniszczenie schorzałego narządu, a wtedy już na nic nie przyda się leczenie. Jako dowód tego mogę przytoczyć przypadek, którego historyję choroby i wynik oględzin pośmiertnych dokładnie opisałem w wspomnionem dziele o chorobach zwyrodnienia rdzenia pacierzowego, który klinicznie był zupełnie do naszych przypadków podobnym. I tutaj także istniała *tabes* kiłowa, jak to wynikało z wywiadów. Jednak brak leczenia przeciwkiłowego w odpowiednim czasie był powodem, że u tego chorego choroba ciągle postępowała i po upływie 3 lat, więc stosunkowo szybko, sprowadziła śmierć.

Zmiany anatomiczne. Co się wreszcie tyczy zmian anatomicznych, które sprawę chorobową u naszych chorych sprowadzić mogły, to po wszystkich doświadczeniach, które znamy, przypuścić należy, że to było kilakowe schorzenie opon rdzenia.

Teraz zachodzi pytanie, w jaki sposób taka choroba zająć może i samą istotę rdzenia i sprowadzić tak ciężkie zaburzenia. Od czasu badań Heubnera wiemy, że to są naczynia, które skutkiem właściwych zmian w intima zostają zwężone a nawet zupełnie zamknięte.

Ponieważ naczynia służące do odżywienia narządów ośrodkowych układu nerwowego wychodzą z opon osłaniających te narządy, więc jest rzeczą zrozumiałą, jak skutkiem zmian kiłowych opon i ich naczyń muszą być upośledzone w swéj funkcyi narządy centralne układu nerwowego.

Dla rdzenia szczegółowo wykazać mogłem naczynia, za pomocą których sprawy chorobowe opony twardéj dostają się na istotę rdzenia. I tak z analogii przypuścić mogę, że i w naszych przypadkach istniały zmiany owych naczyń, które z opony miękkiéj dostają się do rdzenia, w naszych przypadkach na sznury tylne i boczne, a o przebiegu tych naczyń na innem miejscu szczegółowo doniosłem[1]). Nie da się jednak wykluczyć, nawet jest to w wysokim stopniu prawdopodobnem, że jeszcze inne naczynie u naszych chorych było zajętem, naczynie, którego zatkanie wywołuje szybko zupełne porażenia aparatów nerwowych do jego obszaru odżywienia należących, t. z. *arteria sulci.* To naczyńko największe wchodzące do istoty rdzenia zaopatruje rogi przednie istoty szaréj i leżące w nich duże komórki zwojowe wielobiegunowe. Jest więc rzeczą jasną, że przerwanie dobiegu krwi do takowych musi zmienić ich czynność. Ponieważ komórki zwojowe rogów przednich przedewszystkiem są ruchowemi i najważniejszemi stacyjami całego motory-

---

[1]) *Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Infarct des Rückenmarkes.* Wien 1890. Hölder.

cznego aparatu rdzenia, więc z tego wynika jasno, że każde upośledzenie funkcyi komórek zwojowych rogów przednich prowadzić musi do znacznych zaburzeń w ruchach.

I tak musimy ze szybkości i siły porażeń występujących we wiądzie rdzenia kiłowym wnioskować, że zostały na tle kiłowym zamknięte *arteriae sulci* i ztąd możemy poznać niebezpieczeństwa, które grożą choremu, jeśli się na czas i z całą energiją nie działa.

Jeśli bowiem nie ma miejsca leczenie przeciwkiłowe, w takim razie niewątpliwie powstają zmiany organiczne przyrody destruktywnéj w chorym rdzeniu i niszczą takowy.

Jak na teraz nie jestem w stanie nic pewnego powiedzieć o rodzaju tych zmian destruktywnych, gdyż brak mi dotąd odpowiedniego materyjału.

Jednak z wielu podobieństw, jakie istnieją między kiłą a gruźlicą, mogę w każdym razie tyle przypuścić, że ostateczne zmiany, jakie wywołuje kiła w rdzeniu, nie wiele różnić się będą od zmian, które wywołuje gruźlica i że w rdzeniu kiłowo zwyrodniałym również znajdziemy ów rodzaj stwardnienia naczyń, który opisałem jako chroniczny zawał (*infarctus chronicus*). Rozumiem przez to zwyrodnienie łącznotkankowe obszarów rdzenia zaopatrywanych przez pojedyncze naczynka t. z. *vascoronae*. Obszary te mają postać rozgałęzień tych naczyń, mianowicie postać klinów zwróconych podstawą do powierzchni a końcami do środka.

Lecz nie wiem, czy czasem i w kile nie powstaje zwyczajna miąższowa forma wiądu.

Możebności téj dlatego na razie wykluczyć nie mogę, ponieważ we wyż wspomnianym moim przypadku, gdzie chory z braku leczenia przeciwkiłowego zginął, obok zmian w sznurach bocznych, które przypominały zawał chroniczny, były jeszcze zmiany zwykłego miąższowego wiądu (zwyrodnienia moich pól do F podobnych i sznurów Golla) w sznurach tylnych.

Tyle jednak uczy ten przypadek z wszelką pewnością, że mamy prawo przypuścić we właśnie co opisanéj formie wiądu rdzenia kombinacyję zwyrodnień w sznurach tylnych i w sznurach bocznych.

II. Z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Myxoedema.

Dwa przypadki obserwował i opisał

Dr. M. Buzdygan,
II-gi asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 6).

Stan obecny. 27/VI. 1890. Wzrost mały, budowa i odżywienie dobre. Skóra blada, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta; mięśnie jędrne, kościec gruby. Czaszka jest nieco w wymiarze strzałkowym wydłużona, kości nie przedstawiają nic nieprawidłowego; przy silnym ucisku na czaszkę bolesności niema. Skóra na czaszce przesuwalna. Twarz robi niezwykłe wrażenie, jest szeroka, rysy znacznie zgrubiałe, wyraz głupkowaty przy zupełnéj inteligencyi chorego. Skóra na czole pofałdowana w grube zmarszczki, głębokie między niemi rowki nie dają się wygładzić; jest blada z odcieniem woskowym, łatwo przesuwalna, wilgotna, nabrzękła, za dotknięciem ciastowata, dołka nie pozostawia. Powieki górne i dolne obrzękłe; spojówki powiekowe silnie zaczerwienione i rozpulchnione, na spojówkach gałkowych porozszerzane naczyńka włosowate, na gałce ocznéj lewéj skrzydlik (*Conjunctivitis catarrhalis*, *pterygium oculi sinistri*). Badanie wzroku wykazuje: *Hypermetropia et Presbyopia*. Gałki oczne wytrzeszczone, objawu Graefego niema, ruchomość we wszystkich kierunkach utrzymana. Źrenice wąskie, równe, na światło dobrze oddziaływają.

Nos zgrubiały, skrzydła nosowe szerokie, błona śluzowa nosa blada, mokra, otwory i przewody nosowe szerokie. Wargi wydłużone w postaci płatów grubych, wywinięte na zewnątrz, sinawe. Na dolnéj wardze po stronie lewéj naczyniak wielkości soczewicy. Przez usta zawsze otwarte wyglądają 4 dolne siekacze, ku przodowi pochylone. W samym środku rozstęp na 4 milimetry szeroki, przez który władcza się język znacznie powiększony, zgrubiały, o powierzchni niegładkiéj. Brodawki językowe znacznie przerosłe. Środek języka białym mułem okryty. Cały język przynajmniéj w trójnasób powiększony szczególniéj przy nasadzie jest miękki, elastyczny, ruchomość jego prawidłowa. Dziąsła znacznie rozpulchnione, zaczerwienione. Błona śluzowa jamy ust zgrubiała, przybłonek zmętniały, jakby mlekiem powleczony; obfita ilość śluzu, znaczne cuchnienie z ust. Podniebienie miękkie, łuki podniebieniowe i języczek zgrubiałe, obrzękłe, zaczerwienione. Migdałki miernie powiększone. Tylna ściana gardła sucha, pokryta zeschłym śluzem. Całe lica nabrzękłe. Gruczoły przyuszne po obu stronach powiększone wielkości jaja gęsiego, miękkie, a wyczuć w nich można poszczególne zraziki.

Szyja krótka, gruba; skóra na niéj poukładana w fałdy poprzeczne, obrzękła, trzęska, niebolesna. Gruczoły limfatyczne na szyi macalne, wielkości orzecha laskowego, miękkie, niebolesne. Ślinianki podszczękowe wielkości jaja kurzego, miękkie, łatwo przesuwalne. Gruczołu tarczykowego nigdzie wyczuć nie można. Skóra na klatce piersiowéj miernie obrzękła, trzęska; w płucach rozedma miernego stopnia i nieżyt oskrzelowy.

W sercu zmian niema, tętnice obwodowe okazują zwyrodnienie miażdżycowe. Gruczoły limfatyczne pachowe i pachwinowe powiększone, wielkości orzecha laskowego, miernie zbite, niebolesne. Ciepłota między 36 7—36·4°. Tętno 72 do 76 na minutę.

Brzuch wzdęty na boki rozlany; skóra daje się ująć w fałd, miękka, wilgotna, niebolesna. Kanały pachwinowe po obu stronach rozszerzone, a przez nie wychodzą pętle jelit (od 10 lat nosi pasek z pelotą obustronną). W głębi jamy brzusznéj nic nieprawidłowego, obfite pluskanie w żołądku przy wstrząsaniu. Wątroba i śledziona niepowiększone, niebolesne. W okolicy lędźwiowéj bolesności wykazać nie można. Pęcherz moczowy niewydęty; części płciowe zmian nie okazują.

Sfera ruchu i czucia. Kończyny górne stosunkowo do reszty ciała są grubsze, najwięcéj jednak odbijają swemi rozmiarami ręce. W zgrubieniu bierze udział cała ręka tak po stronie grzbietowéj, jak i dłoniowéj; przedewszystkiem palce, trzeci palec zaś grubszy od innych. Żyły podskórne porozszerzane. Skóra na grzbiecie ręki daje się ująć w szeroki fałd; na dłoni znacznie zgrubiała, mniéj przesuwalna. Ułożenie palców prawidłowe, stawy palców zanadto wiotkie. Siła ucisku w obu rękach bardzo dobra. Kończyny dolne w porównaniu z górnemi o wiele cieńsze. Na udzie i podudziu liczne plamy barwikowe po czerakach. Stopy obie znacznie powiększone, więcéj niż ręce, szerokie, łopatowate. Skóra zgrubiała szczególniéj na podeszwie i palcach. Zabarwienie skóry blade; w dotknięciu skóra chłodna, wilgotna. Ruchy czynne i bierne na kończynach utrzymane. Odruchy skórne, objaw jądrowy, podeszwowy i odruchy ścięgniste wyraźne. Przy ucisku wzdłuż pni nerwowych nigdzie bolesności niema. Czucie bólu, dotyku, ciepłoty oraz lokalizacyja tychże wrażeń dobre; czucie mięśniowe, czucie elektryczne oraz pobudliwość na prąd stały i przerywany zupełnie prawidłowe.

Pisze i szyje dość zgrabnie i względnie szybko. Chodzi doskonale, szybko tylko się zadysza, z zamróżonemi oczami potrafi stać i chodzić, ale mniéj pewnie. Przy staniu stopy znacznie odbijają od reszty ciała swemi rozmiarami i kształtem oraz przybierają zabarwienie sinawe.

Sfera zmysłowa, oprócz zmian w refrakcyi oka, a sfera umysłowa prócz słabszéj pamięci żadnych zmian nie okazują. Żuje, połyka doskonale stałe i płynne pokarmy; apetyt wygórowany. Mechanizm żołądka dobry, naczczo nigdy treści z żołądka nie wydobyto.

Próby żołądkowe. Naczczo treści 0, po wlaniu 100 ctm. sz. *Aq. dest.* aspirowano 80 ctm. sz. płynu wodnistego ze śluzem. Pod drobnowidem śluz, ciałka wypocinowe, przybłonek płaski, pojedynczo i w płatach komórki z gruczołków trawieńcowych. Przesącz wodojasny, oddziaływa obojętnie; wszystkie próby ujemne, tylko śluz bardzo wyraźny.

Próba lodowa. Aspirowano około 160 ctm. sz. płynu wodojasnego bez części morfotycznych. Przesącz oddziaływa kwaśno, kwasota 12. Kwas solny bardzo wyraźny, kwas mlekowy wyraźny, peptonów, propeptonów śladzik, śluzu niema.

Próba białkowa. Po 3 kwadransach treści 0, po wlaniu 100 ctm. sz. *Aq. dest.* aspirowano 100 ctm sz. płynu wodojasnego ze śluzem, kilka strzępków białka. Pod drobnow. bardzo liczne komórki przybłonka płaskiego i okrągłe małe komórki z dużem jądrem, ciałka wypocinowe. Przesącz wodojasny, oddziaływa obojętnie; wszystkie próby ujemne, tylko śladzik śluzu.

Próba befsztykowa. Po 6 godzinach aspirowano 20 ctm. sz. płynu szklistego, ciągnącego się bez resztek pokarmu. Pod drobnowidem przybłonek płaski, śluz. Przesącz wodojasny, oddziaływa obojętnie; wszystkie próby ujemne, tylko na śluz dodatnia.

Mowa wyraźna, głos niedźwięczny, suchy, ochrypły.

Badanie wziernikowe krtani wykazuje zgrubienie błony śluzowéj w przestworze między chrząstkami nalewkowemi w postaci grzebienia oraz zgrubienie guziczkowate rozlane na strunie wrzekoméj lewéj. Struny prawdziwe dobrze domykają.

Mocz blady z odcieniem żółtawym 900—1300 ctm. sz. c. g. 1·021 do 1·009 oddziaływa kwaśno; białka, cukru niema, chlorki prawidłowe, w osadzie skąpym brak składników postaciowych.

Stolec obfity, ciastowaty, częścią płynny, żółtawo-brunatny. Pod drobnowidem: bardzo liczne sole wapniowe, włókna mięsne, włókna roślinne, śluz, liczne bakteryje gnilne, jaja *trichocephalus dispar*, miazga bezpostaciowa.

Krew: Ciałka czerwone 3200000, c. b. 7300, 1:438; hemoglobiny 70%. Ciałka czerwone dobrze poukładane w rulониki, ani poikilocytozy ani makrocytemii niema.

Ciężar ciała z 60·8 kilogr. wzrósł w ciągu 2 tygodni do 63 kilogramów.

Przy chodzeniu powstaje duszność i całe ciało oblewa się potem.

W obu powyż opisanych przypadkach Myxoedema stwierdzono w zupełności główne objawy opisane przez Orda:

1) Charakterystyczne obrzmienia skóry na twarzy, rękach i nogach, zgrubienie błony śluzowéj w jamie ustnéj, znaczne powiększenie języka.

2) Zmiany w gruczole tarczykowym; w pierwszym przypadku zwyrodnienie gruczołu włókniste, bo cały organ powiększony, twardy; w drugim zanik takowego tak, że wcale nie można wyczuć tego gruczołu.

3) Zaburzenia w systemie nerwowym w obu przypadkach ograniczały się w tym okresie choroby tylko do osłabienia pamięci i przygnębienia umysłu.

4) Gruczoły limfatyczne powiększone.

5) Głos zmieniony, co pochodzi od przerostu błony śluzowéj w krtani. Również i duszność, o któréj wspominają niektórzy autorowie pochodzi od zmian przerostowych w krtani.

6) Zmiany we krwi nie wybitne bez leukocytozy, która w wielu przypadkach ma się pojawiać.

7) Parestezyja w ograniczonych miejscach skóry, swędzenie, palenie, jak i zajęcie spojówek nieżytowe odnoszą Landau i Ewald do podrażnienia nerwu sympatycznego.

Mniéj dotąd poświęcono uwagi w téj chorobie zachowaniu się żołądka. Oba powyższe przypadki stwierdzają, że po ukończonym procesie trawienia wydziela się mucyna; u Friednera już po 3 kwadransach, u Moszczyńskiéj w mniejszéj ilości i tylko z nocy można było stwierdzić obecność mucyny w żołądku. Również i w moczu znaleziono mucynę u Moszczyńskiéj.

Ciepłota ciała ma dążność do subnormalnéj 36·1°, podobnie jak w przypadku Manassego.

W wielu przypadkach zauważono ścisły związek między zmianami w narządzie płciowym u kobiet a *Myxoedema*; u Moszczyńskiéj już na 4 lata przed wystąpieniem choroby obecnéj regularność ustała (w 28 r. ż.), a badanie wykazuje zanik macicy.

Co do płci, na 10 kobiet jeden mężczyzna zapada na *Myxoedema*. Chorzy okazują zwykle wiek dojrzały powyżéj 30 lat. Dotąd opisano tylko dwa przypadki u dzieci.

Według *Clinical society of London* na 109 przypadków było jedno dziecko 13-letnie; Gawé (Bruns, *Beiträge zur klinischen Chirurg.*) opisuje 12-letnie dziecko z objawami *Myxoedema*).

Wszelkie leczenie dotychczas okazało się bezskuteczne. Śmierć nastaje wśród objawów zapadu lub mocznicy.

III. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Od dolnego krążka stanijolowego zbroi lewéj i górnego prawéj biegną wąskie paski staniolu ku obwodowi szyby i łączą się ze stale przytwierdzoną mosiężną wypustką, któréj cel późniéj objaśnię.

W odległości około 6 mm. od téj szyby, utwierdzona jest na obracającéj się osi druga szyba, któréj średnica jest nieco mniejsza od poprzedniéj. Na przedniéj powierzchni téj szyby, powleczonéj jak i poprzednia szelakiem, nalepionych jest 9—12 krążków ze staniolu, w środku których sterczą niklowe guziki. Krążki te przesuwają się dokładnie naprzeciw krążków na zbrojach i są tej saméj wielkości. Naprzeciw każdéj zbroi stoją słupki, na których spoczywają przewodniki (konduktory) elektryczności, urządzone w następujący sposób: W wysokości połowy staniolowego paska, łączącego oba krążki zbroi, sterczy w odległości paru milimetrów od przedniéj ruchoméj szyby rząd ostro zakończonych sztyftów mosiężnych, wprawionych w walec z takiegoż metalu poziomo ustawiony. Jest to t. zw. grzebień, zęby zaś jego noszą nazwę ssawek. Od środka grzebienia biegnie poziomo pod kątem prostym takiż sam walec ku słupkowi podtrzymującemu cały przewodnik i kończy się kulą mosiężną, spoczywającą na tymże słupku. Urządzenie to trzyma na odosobnionym słupku pędzelek z cieniuchnych drutów metalowych, osadzony na mosiężnem ramieniu, łączącem się z wypustką dolnego krążka staniolowego lewéj, a górnego prawéj zbroi. Pędzle te ustawione są w ten sposób, że guziki niklowe przedniéj szyby ocierają się o nie w czasie ruchu.

Z kulami spoczywającemi na słupkach połączone są długie walcowate ramiona mosiężne, zakończone takiemiż kulami. Tworzą one dalszy ciąg przewodnika, którego po-

czątkiem jest grzebień. Ramię po lewéj stronie nachylone jest pod kątem 45°, po prawéj zaś jest ono ruchome. Za pomocą odpowiedniego przyrządu można je nastawiać pod dowolnym kątem Gdy jest ustawione podobnie jak lewe pod kątem 45°, wtedy oczywiście kule spoczywają na sobie i oba przewodniki są w ten sposób połączone. Skoro się kąt zwiększy, kule oddalają się, a odległość zaznacza wskazówka, odpowiednio połączona z ramieniem na skali zaopatrzonéj w podziałkę centimetrową.

Wszystkie opisane dotąd części składowe, umieszczone są w oszklonéj szafce, szczelnie zamykanéj, któréj tylko przednia ściana daje się odejmować, po odkręceniu kilkunastu przytwierdzających ją śrub. Po za szafką wystercza tylko oś ruchoma, na któréj umieszczona jest przednia szyba, następnie dźwignia służąca do podnoszenia ruchomego ramienia prawego przewodnika, w końcu przez górną ścianę przeprowadzone są pręty mosiężne, łączące się z kulami przewodników, spoczywających na słupkach wewnątrz szafki. Na górze zaś łączą się szafki z kulami, przymocowanemi na podobnych do poprzednich odosabniających słupkach. Od kul odchodzą poziomo ku przodowi mosiężne ramiona, zaopatrzone na końcu znowu w takież kule, służące do przymocowywania elektrod. W ten sposób podobne przewodniki jak wewnątrz szafki znajdują się z zewnątrz na górnéj ścianie i są z wewnętrznemi połączone. Oprócz tego umieszczone są też na niéj i inne części, które opiszę przy rozglądaniu sposobu użycia maszyny.

Koniec osi ruchoméj, wystający po za szafkę, opatrzony jest rowkowanem kółkiem, na którą zakłada się sznur bez końca, przeprowadzony przez znacznie większe koło, obracane za pomocą korby, przytwierdzonéj z boku szafki.

Skoro się rozpocznie kręcić korbą, wprawia się w obrót od lewéj do prawéj strony przednią szybę szklaną, zaopatrzoną w krążki z guziczkami. Guziczki rozpoczynają trzeć się o pędzelki, wskutek czego wytwarza się mały, początkowy ładunek elektryczny. Zwróćmy uwagę na lewą stronę. Tutaj wytwarza się n. p. elektryczność ujemna. Ponieważ, jak powiedziałem, pędzelek ma połączenie metaliczne z dolną częścią lewéj zbroi, przeto ładunek ten spłynie i zostanie na niéj uwięziony. Mały ten ładunek rozkłada przez wpływ (influencyję) elektryczność na przewodniku w ten sposób, że na grzebieniu gromadzi się elektryczność dodatnia, na kuli zaś ujemna. Ponieważ zaś przyciąganie elektryczności dodatniéj przez ujemną na zbroi jest bardzo silne, przeto spływa ona przez ostro zakończone ssawki na przednią powierzchnię obracającéj się szyby, na czem zyskuje ujemny ładunek na kuli przewodnika, który się przez to wciąż powiększa. Jeżeli kule ramion przewodnika spoczywają na sobie, ujemny ładunek spływa na prawy przewodnik, na jego grzebień i przez wpływ rozkłada elektryczność na prawéj zbroi, nadając jéj, lub też potęgując ładunek dodatni.

Podczas tego można widzieć, jak przy grzebieniu elektryzowanym dodatnio tworzy się na obracającéj szybie smuga światła fijołkowego, łukowato zgięta, biegnąca w kierunku obrotu, zaś przy grzebieniu ujemnie naelektryzowanym przeskakują jasne iskierki. Skoro zaś oddalą się kule przewodnika od siebie, wtedy między niemi przeskakują iskry. Jeśli odległość jest niewielką, np. 2—3 ctm., wtedy iskry te tworzą jakby nieustanny strumień podobny do komety którego jasna, biała część znajduje się przy biegunie dodatnim, ciemniejszy zaś fijołkowy rozszerzający się ogon przy biegunie ujemnym, gdzie zarazem widzieć można małą tylko jasną iskierkę przy kuli przewodnika. W miarę coraz większego oddalania kul przewodników iskry stają się coraz jaśniejsze, lecz biją w coraz większych odstępach czasu, potem łamią się w zygzakowate błyskawice, wreszcie przy znacznem oddaleniu ustają zupełnie a cały ładunek elektryczności przepływa przez mosiężne pręty do przewodników, znajdujących się w górze z zewnątrz szafki i ztąd można go dowolnie do chorego odprowadzać.

Wprawiać w ruch maszynę można albo ręką, co wprawdzie nie przedstawia żadnych trudności, nuży jednak przy dłuższem użyciu, albo też za pomocą motorów wodnych, elektrycznych, lub pędzonych gorącem powietrzem, specyjalnie w tym celu sporządzonych.

Maszyna powyżéj opisana ma tę wyższość nad wielu innemi, że nigdy nie zawodzi. Umieszczona w szczelnéj szafce, w któréj powietrze osusza się za pomocą dwóch naczyń, napełnionych zgęszczonym kwasem siarkowym, nie podlega zupełnie zmianom wilgoci, tak ważnym, które uniemożliwiają bardzo często pracę innemi maszynami. Ilość wilgoci wskazuje hydrometer, umieszczony w szafce.

Drugą ważną zaletą téj maszyny jest, że nie zmienia biegunowości w czasie doświadczenia. Obok głównych przewodników umieszczone są jeszcze poboczne czyli dyjametralne, ustawione do poprzednich pod kątem 60°. Są to odosobnione pręciki mosiężne, zaopatrzone tak samo ssawkami jak grzebienie głównych przewodników, w pośrodku zaś tychże znajduje się pędzelek druciany, trący o guziczki niklowe ruchoméj szyby. Urządzenie to zapobiega, jak pouczyło doświadczenie, najzupełniéj zmianie biegunowości, skoro maszyna raz jest już w ruch wprawiona Inaczéj się rzecz ma, skoro się po pewnéj przerwie rozpoczyna elektryzowanie. Wtedy można czasem widzieć, że przy ustawieniu w odpowiedniéj odległości, a więc około 1 ctm. kul przewodników, iskra po przeciwnéj stronie ma część świecącą aniżeli poprzednio, czyli że biegun dodatni jest obecnie po stronie przeciwnéj. To samo potwierdzają opisane już poprzednio zjawiska świetlne na szybie przy grzebieniach. Ponieważ jednak ze zjawisk tych mamy nader łatwą kontrolę biegunów, przeto skoro się zmienią, możemy też odpowiednio zmienić elektrody, nic się więc przez to nie traci.

Maszyny te działają czas długi z jednakiem nasileniem, po pewnym jednak czasie występowanie elektryczności opóźnia się, słabnie trochę, w końcu zaś może nawet zupełnie wypowiedzieć maszyna służbę, a to wskutek wytworzenia się produktów utlenienia na szybie ruchoméj, które utrudniają odosabnianie. Należy wtedy albo szybę zmyć alkoholem i powlec na nowo szelakiem, lub też inną zastąpić, co nie pociąga za sobą większych kosztów.

Sposoby stosowania elektryczności statycznéj.

Chcąc stosować elektryczność statyczną, czyli jak się obecnie powszechnie wyrażamy, franklinizować, odpowiednio do wyrażenia faradyzować, odosabnia się przedewszystkiem chorego, który pozostaje w ubraniu, najlepiéj wełnianem lub flanelowem. Do tego celu służy albo gruba płyta kauczukowa, na któréj umieszczona jest druga, nieco mniejsza blaszana, albo stołek, którego nogi sporządzone są ze złego przewodnika, n. p. szkła. Do blachy przymocowany jest hak mosiężny, na który zakłada się takież kółko sznura, przywodzącego elektryczność, t. j. kablu. Sznur ten spleciony jest z wielu cienkich drucików miedzianych i umieszczony w odosabniającéj go rurze kauczukowéj. Na obu końcach sznura są kółka mosiężne, z których jedno zakłada się, jak już powiedziałem, na hak odosobniacza, drugie zaś przytwierdza się do kuli jednego z przewodników, znajdujących się na zewnątrz maszyny, na górnéj ścianie szafki, do którego zaś, to oczywiście zależy od tego, czy chcemy użyć bieguna dodatniego czy też ujemnego.

Chorego stawia się na blasze odosabniacza, połączonéj w ten sposób z jednym z biegunów maszyny. Kule przewodników wewnątrz szafki tak się rozstawia, że wyładowanie między niemi nie jest możliwe.

Drugi sznur zakłada się na pozostały przewodnik i łączy z elektrodami.

Sposoby elektryzowania są następujące:

Kąpiel frankliniczna. (Bain électrique, fluidique ou électrostatique. Das elektrische Bad).

Chorego stawia się na odosabniaczu, który się łączy z jednym biegunem, zazwyczaj dodatnim, drugi zaś odprowadza się do ziemi. Wskutek tego znajduje się chory w atmosferze elektryczności dodatniéj, jakby w kąpieli. Sposób ten używany jest przeważnie we Francyi. (C. d. n.)

IV. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

W moich obserwacyjach przegroda nosa nierównie częściéj zbaczała ku stronie prawéj, gdyż na 107 przyp. asymetrycznego *septum* w 62 przyp. istniało prawostronne, w 45 zaś tylko lewostronne zboczenie przegrody nosa. Hunter Mackenzie większą stosunkowo częstość zboczeń prawostronnych *septi* objaśnia w ten sposób, że w większości przypadków są one następstwem urazu, mianowicie uderzeń prawą ręką w lewą połowę nosa, — pogląd zresztą poważnéj nie wytrzymujący krytyki.

Powyższe zboczenia charakteryzują się tem, że przegroda nosa po większéj części w *pars cartilaginosa* jest mniéj lub więcéj znacznie skrzywioną resp. wypukloną ku stronie prawéj lub lewéj. Wypuklenie to może być w kierunku prostopadłym albo przedniotylnym (częściéj), daléj może być ono albo łukowate (*curved deviation* G. Stokera) lub co rzadziéj bywa, tworzy ono mniéj lub więcéj wyrażony kąt (*angular deviation* G. Stockera). Rzecz prosta, że ta połowa jamy nosa, ku któréj zwróconą jest wypukła część przegrody, przedstawia się mniéj lub więcéj znacznie zwężoną, natomiast drugą znajdujemy odpowiednio rozszerzoną. Rozpoznanie tych zboczeń nie przedstawia najmniejszych trudności dla każdego, kto choć w części umie obchodzić się z wziernikiem nosowym. Samo się przez się rozumie, że stopień wypuklenia przegrody nosa bywa niejednakowy. Czasami dewijacyja jest bardzo nieznaczną tak, że na pierwszy rzut oka zdawać się może, że mamy do czynienia z symetryczną przegrodą nosa; przypadki takie w moich obserwacyjach stanowiły około 16,5%. Bywa jednak i tak, że wypukła część przegrody nosa silnie zwęża odpowiednią jamę nosową, a nawet wyjątkowo może ją zupełnie uczynić niedrożną, dotykając zewnętrznéj ścianki nosa. Przypadki takie jednak zdarzają się bardzo rzadko. Na 200 przyp. wyższy stopień *deviationis septi* spostrzegałem zaledwie 15 razy, co stanowi 7·5%. Najczęściéj można napotykać skrzywienia przegrody nosa średniego natężenia.

W mojéj statystyce stanowiły one 152 na 200 przypadków.

W tem miejscu wspomnieć mi należy o pewnéj odrębnéj formie *deviationis septi*, formie, na którą jeszcze w r. 1882 zwrócił uwagę Zuckerkandl.

Mianowicie zdarzyć się może, że przedni dolny brzeg *cartilaginis quadrangularis* nie leży w jednéj płaszczyźnie z *septum membranaceum*, lecz wystaje mniéj lub więcéj znacznie w jednę z jam nosowych. Jestto więc coś w rodzaju przemieszczenia (*dislocatio*) przegrody nosa, które, jeśli jest znacznem, sprowadza mniéj lub więcéj takie same zaburzenia, jak wyższy stopień zwykłego zboczenia *septi*. Częstokroć zaś tylko przyczynia się do defiguracyi i wtedy ze względów estetycznych staje się powodem operacyi, o czem poniżéj. Dwa takie przypadki miałem sposobność spostrzegać ostatniemi czasy. Pierwszy dotyczył 19-letniéj żydówki, drugi 51-letniego urzędnika. W obu przypadkach część chrząstkowa przegrody skierowaną była w lewą stronę. W obu przemieszczenie (*dislocatio*) było średniego natężenia tak, że w małym tylko stopniu wywoływało zwężenie odpowiedniéj (lewéj) jamy nosa. Defiguracyja nosa również w przypadkach tych nie była znaczną.

Przechodzimy obecnie do następnych skrzywień: esowatych i nieprawidłowych. Pierwsze napotykają się stosunkowo rzadko (Moldenhauer), Mackenzie spostrzegał je w 9,5% (na 1657 w 205), Zuckerkandl natomiast znacznie częściéj, bo w 22,8% (na 140 przyp. w 32), Semeleder, podobnież jak Mackenzie podaje 10,2% *deviationis sigmoideae*. Simanowsky natomiast niesłychanie mały podaje odsetek tych zboczeń, mianowicie 1,8% (na 925 przyp. tylko 17). Co do mnie, to również niezbyt często miałem sposobność spotykać esowate skrzywienia, bo na 167 przypadków tylko w 8, co stanowi 4,8%. Charakterystyczną cechą esowatych zboczeń przegrody nosa jest to, że w każdéj jamie nosa przy badaniu wziernikiem znajdujemy miejsca rozszerzone i zwężone odpowiednio do wypuklenia i wgłębienia przegrody nosa. Najczęściéj *septum* jest esowato zgiętem w wymiarze przedniotylnym, czasem pionowym.

Oprócz powyższych postaci zboczeń przegrody nosa, a więc skrzywień prawo i lewostronnych, jakoteż esowatych, istnieje jeszcze cały szereg przypadków, w których pomimo najstaranniejszych badań nie jesteśmy w stanie zboczenia *septi* odnieść do żadnéj z powyższych postaci. Mackenzie nazywa je podobnie jak i Rosenthal niezbyt szczęśliwie „zygzakowatemi“.

Spostrzegał on je bardzo rzadko, gdyż tylko w 5 przypadkach na 1657 (0,23%).

Dla zboczeń tych, zdaniem mojem, najwłaściwszą będzie nazwa: „nieregularne“ (*deviatio irregularis*). O nich wspomina Mouze. Że spostrzegać się one dają nie tak rzadko, jak chce Mackenzie, dowodzi zarówno statystyka Simanowskyego (na 925 przyp. w 345 to jest 37,3%), jak i moja własna (na 200 przyp. w 52 to jest 26%).

Deviatio irregularis przedstawia się w najróżnorodniejszy sposób, najczęściéj jako kombinacyja różnych typów: a więc zgrubienia ogólne lub miejscowe, różnego rodzaju wyrostki, wreszcie niewyraźne skrzywienia w tę lub ową stronę, oto cechy charakteryzujące ten rodzaj zboczeń przegrody nosa.

Przechodzimy teraz do drugiéj grupy zboczeń *septi*.

II. Ograniczone częściowe zgrubienia przegrody w postaci wyrostków (*spinae*, *cristae* i t. d.). Zdarzają się one stosunkowo często. I tak M. Mackenzie na 2152 przyp. znajdował je w 673, co stanowi 31,2%, Zuckerkandl na 370 przyp. w 107 t. j. 28,9%. Ja na 200 przyp. spostrzegałem powyższe zboczenia w 47, co stanowi 23,5%.

I tu podobnie jak w zwykłych skrzywieniach przegrody nosa Europejczycy okazują większe usposobienie; (na 103 przyp. Zuckerkandl znalazł *cristae septi* w 29 przyp. u Europejczyków, podczas gdy tylko 11 przyp. dotyczyło mieszkańców innych części świata).

Zboczenia powyższe nierównie częściéj spostrzegać się dają przy asymetryi przegrody nosa. I tak Mackenzie na 673 przyp. tylko w 85 widział *cristae* przy symetrycznem *septum*, w pozostałych zaś 588 przyp. istniała jednocześnie mniéj lub więcéj wyrażona asymetryja przegrody nosa. Toż samo znalazł i Zuckerkandl, chociaż jego cyfry nie wykazują pod tym względem tak rażącéj różnicy, na 107 bowiem przyp. w 47 było symetryczne, w 60 zaś asymetryczne *septum*. W moich obserwacyjach na 47 przyp. tylko w 3 istniała względnie prosta przegroda nosa. Wobec powyższego bardzo prawdopodobnem jest, że między skrzywieniami (*deviationes*) przegrody a wyrostkami na niéj istnieje jakiś bliższy związek. Woakes stara się to objaśnić w następujący sposób: „podczas wypuklania się przegrody nosa pod wpływem danego impulsu jest tendencyja do przemieszczenia (*dislocatio*) jéj a linii przyczepu. Następstwem tego bywa lekki proces zapalny w powyższem miejscu z następczem zgrubieniem chrząstki i kości. Tym sposobem wyrostki owe (*spurs*) należy uważać jako ochronne twory (*conservative formations*) i jako takie, jeżeli tylko nie dają powodu do żadnych zaburzeń, należy je zostawić w spokoju“. Objaśnieniu temu, dość zresztą prawdopodobnemu, możnaby zarzucić jedno, mianowicie, że jakkolwiek najczęściéj, nie zawsze jednak, wyrostki owe zdarzają się przy asymetrycznem *septum* i powtóre nie we wszystkich przypadkach skrzywień przegrody nosa, nawet dość silnie wyrażonych, istnieją takie wyrostki. Wyrostki na przegrodzie mają jakoby częściéj występować według Mackenziego po lewéj stronie (na 673 przyp. 375 z lewéj, 231 z prawéj strony). Zuckerkandl przeciwnie utrzymuje, że widywał je częściéj z prawéj strony (na 107 przyp. 59 z prawéj, 48 z lewéj), z tem ostatniem zgadzają się i moje

obserwacyje. Na 47 bowiem przypadków powyższych zboczeń w 26 występowały one z prawéj, a 20 z lewéj strony. W przypadkach Mackenziego *cristae septi* częściéj występowały od strony wypukłéj przy asymetrycznéj przegrodzie nosa (na 588 przyp. w 414, podczas gdy od wklęsłéj tylko w 107). Woakes sądzi przeciwnie. Ja również o wiele częściéj je widywałem od strony wklęsłéj (na 47 przyp. w 27, z wypukłéj zaś tylko w 14 przyp., wreszcie w 5 istniało nieprawidłowe zboczenie *septi*). Jednakże rzadko także zdarzyć się może i symetryczne z obu stron zgrubienie (Voltolini, George, Stoker, Bosworth). W jednym przyp., dotyczącym 42 letniego mężczyzny, przy lewostronnem dość znacznem skrzywieniu przegrody nosa istniały z obu stron równolegle do dolnych muszel wzdłuż całéj przegrody się ciągnące listwy.

Zuckerkandl wspomina o możliwości podwójnych (jeden nad drugim) wyrostkach (*cristae*). Dwa podobne przypadki miałem sposobność spostrzegać. Jeden dotyczył 15-letniego ucznia gimnazyjum z bardzo znacznem skrzywieniem przegrody nosa ku stronie prawéj. W lewéj jamie nosa znalazłem znacznie wystającą listwę dolną, naprzeciw dolnéj muszli nosa, druga nieco mniéj wyrażona listwa ciągnęła się wzdłuż przegrody nosa powyżéj pierwszéj na wysokości średniéj muszli. Między obu listwami znajdowała się głęboka nieprawidłowa brózda. Drugi przypadek był zupełnie analogiczny (34-letni mężczyzna, *deviatio septi dextra majoris gradus*, dwie *cristae* z lewéj strony w podobnyż umiejscowione sposób).

Podobnie, jak i skrzywienia przegrody nosa, wyrostki o wiele częściéj dają się spostrzegać u mężczyzn, niż u kobiet (Mackenzie).

Na 47 przypadków moich tylko 13 było kobiet, resztę (34) stanowili mężczyzni. Rozróżniamy następujące postacie owych ograniczonych zgrubień: są to więc, albo: 1) oście (*spinae*), w 23 na 47 moich przypadków, albo: 2) grzebienie (*cristae*), lub ościste listwy (*spinöse Leisten*), jak je Schech nazywa. Stanowiły one 24 na 47 moich przypadków. Pierwsze są to właściwe wyrostki, więcéj zaokraglone, albo więcéj spiczaste. Znane są pod różnemi nazwy: oście, ostrogi i t. d.

Najczęstszem siedliskiem ich jest przedni odcinek przegrody, w części chrząstkowéj, u wejścia, powyżéj dna jam nosowych, naprzeciw dolnéj muszli nosa. Rzadziéj spotykają się one w części kostnéj przegrody, rzadziéj w średniéj części naprzeciw muszli średniéj. Wielkość tych wyrostków bywa rożna: od zaledwie widocznéj wyniosłości, aż do narośli sięgających odpowiednich muszel resp. zewnętrznéj ścianki nosa.

W tym ostatnim razie drożność nosa może być zupełnie zniesioną. Często, jak to już powyżéj wspomniałem, może istnieć jednocześnie skrzywienie przegrody nosa pod jedną z wyżéj przytoczonych postaci. Wyrostki takie stosunkowo często (w połowie moich przypadków) przebiegały wzdłuż całéj przegrody nosa, wtedy widzieć ich można niekiedy i przy pomocy rhinoskopii tylnéj, tworzące tak zw. przez Schecha ościste listwy wogóle znane są pod nazwą grzebieni (*cristae*). Są to więc piramidalne twory o podstawie mniéj lub więcéj szerokiéj, wierzchołku mniéj lub więcéj zaostrzonym. Najczęściéj przebiegają one, jak i osie, w dolnym odcinku przegrody mniéj lub więcéj równolegle do dolnéj muszli nosowéj. Rzadziéj spotykać się dają w średnim odcinku, równolegle do średniéj muszli. Czasami odpowiednie muszle noszą na sobie ślad ucisku owych tworów w postaci brózd, wskazujących na zanikowy proces w tych miejscach.

Hartman, jako najczęstsze miejsca, w których się wyrostki pod obiema postaciami znajdują, podaje następujące: miejsca połączenia: 1) lemiesza i chrząstki (*vomer* i *cartilago quadrangularis*), 2) lemiesza i blaszki pionowéj kości sitowéj, wreszcie 3) *Cartilaginis quadrangularis* i *laminae perpendicularis ossis ethmoidei*. Sandman przypuszcza, że przebiegający w kierunku poziomym grzebień (listwa) powyżéj dna jam nosowych tworzy się z chrząstek normalnie istniejącego w tem miejscu organu Jacobsona. Z przypuszczeniem tem nie zgadza się Herzfeld. Wspominałem już, jak na powstawanie tych wyrostków zapatruje się Woakes.

Exostoses są to według Löwego przerosty normalnych: 1) tak zw. wyniosłości (*Prominenz*) Schwalbego i 2) tak zw. organu Jacobsona. Po większéj części nie wywołują żadnych objawów. George Stoker dzieli je na miękkie i twarde (*cancellous* i *ivory*), te ostatnie rzadziéj się zdarzają. Tworzą one czasami zrosty (*synechiae*) z przeciwległemi muszlami.

Zrosty takie stosunkowo dość często zdarzają się po operacyjach galwanokaustycznych. W jednym z moich przypadków, dotyczącym 32-letniego mężczyzny, u którego prawą średnią muszlę, polipowato zwyrodnioną, usunąłem pętlą gorącą, po kilku miesiącach przypadkowo skonstatowałem zrost pozostałéj części muszli z odpowiednim odcinkiem przegrody bez najmniejszych zresztą objawów subjektywnych.

E t y j o l o g i a. Przyczyny zboczeń przegrody nosa wogóle są dotąd jeszcze ciemne (Mackenzie, Voltolini itd.). O tem, jak różni autorowie zapatrują się na kwestyję, czy zboczenia te są wrodzone (Patrzek, Duplay, Schaeffer, Woakes, Spicer, Ges Stoker) lub nabyte (po 7 roku życia), jak utrzymuje Zuckerkandl, w innem już miejscu obszernie mówiłem.

Niektórzy, jak Jarvis, Gleitsman, Hinker itd. przypuszczają dziedziczność. Do najczęstszych przyczyn, jakie wywołać mogą zboczenia przegrody nosa, zaliczyć przedewszystkiem należy:

1) Uraz. Większość autorów (Ziem, Bresgen, Bosworth, Schaeffer, Woakes, Walsham, Voltotini, G. Stoker, Moure itd.) momentowi temu przypisuje jedyne lub pierwszorzędne znaczenie. Już w życiu wewnątrzmacicznem (nieprawidłowe położenie płodu), lub podczas samego aktu porodowego (niezręczne wydobycie płodu narzędziami itd.) moment urazowy może do pewnego stopnia sprzyjać rozwojowi tych zboczeń (G. Stoker, Patrzek). Lecz bez zaprzeczenia wiek dziecięcy przedstawia do tego najwięcéj sposobności: zwłaszcza pierwsze próby chodzenia o własnéj sile wywołują cały szereg upadków. Zwykle przytem cierpi nos, resp. przednia część (Moure). W wieku dziecięcym również często zdarzają się uderzenia w twarz i znowu najczęściéj nos, resp. *septum* na tem cierpi.

Na 200 przypadków moich, 9 chorych z całą stanowczością, jako przyczynę zboczeń przegrody nosa podało uraz w dziecięctwie.

Że *deviatio septi* może być wywołaną przez sypianie na jednéj stronie, jak chce Welcker, lub zwyczajem wycierania nosa jedną tylko ręką, dłubaniem w jednej dziurce, jak chce Cloquet, jest więcéj niż poblematycznem. Moldenhauer uważa to wprost za nieprawdopodobne.

Czy długotrwały ucisk na przegrodę nosa, wywołany obecnością w jednéj jamie guzów, może być powodem zboczenia *septi*, trudno przesądzać, jakkolwiek prawie we wszystkich moich przypadkach z powyżéj przytoczonych 200, gdzie z jednej strony znajdowały się kolosalne ilości polipów oddawna istniejących, znalazłem jednocześnie mniéj lub więcéj znaczne nachylenie przegrody nosa ku stronie przeciwnéj. Rodzi się jednak wątpliwość, czy w przypadkach tych przeciwnie zboczenie *septi* nie było raczéj powodem wytworzenia się owych polipów, jako następstwa nieżytu nosa przewlekłego.

Z tem wszystkiem wychodząc z powyższéj zasady, Baumgarten postawił swoją hypotezę, którą nazwijmy „uciskową“: u starszych dzieci dolna muszla (częściéj prawa) powiększona, dotykając przegrody nosa, wywiera na nią stopniowy ucisk, następstwem czego jest wygięcie *septi* ku stronie przeciwnéj (częściéj lewéj). Zboczenie owe *septi* bywa najwięcéj wyrażone tam, gdzie muszla najwięcéj jest przerośniętą, a więc w przednim odcinku (*pars cartilaginosa septi*). Esowate skrzywienie objaśnia Baumgarten jednoczesnym uciskiem dolnéj i średniéj muszli. Fakt, że tylny odcinek przegrody pozostaje niezmienionym, tłomaczy autor tem, że tylne odcinki muszel mają gdzie się rozrastać. Jako potwierdzenie swéj hypotezy przytacza Baumgarten ten fakt, że przy zanikowych postaciach nieżytu nosa *septum* stosunkowo często bywa symetrycznem, co na mocy własnego do-

świadczenia stwierdzić mogę. Woakes również kładzie nacisk na ten fakt, że przy jednakowych przerostach muszel nie widywał zboczeń *septi*, a przy nierównych obustronnych przerostach zboczenie było w kierunku strony z mniej przerosłą muszlą nosa. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Hansemann: Spostrzeżenia anatomo-patologiczne i histologiczne przy leczeniu środkiem Kocha.

Z tych spostrzeżeń podnosi autor szczególniej tę okoliczność, na którą Virchow i inni już uwagę zwrócili, że najmłodsza tkanka gruźlicza, najświeższe postacie gruzełków pod wpływem środka Kocha żadnej nie ulegają zmianie. Co się tyczy właściwych zmian występujących po injekcyjach, to H. spostrzegał prócz nekrozy koagulacyjnej, która wcale nie była częstszą niż w zwykłych przypadkach gruźlicy nieleczonych środkiem Kocha, także zropienie i zgorzel. Pierwsze znajdowało się często w płucach, krtani, jelitach, nerkach; zgorzel występuje przeważnie w płucach i jelitach, rzadziej w krtani.

Możliwość rozszerzania się sprawy gruźliczéj w ustroju podczas leczenia środkiem Kocha, które autor w kilku przypadkach zauważył, przedstawia tak groźne niebezpieczeństwo, że przedziurawienie jelita, *nephritis haemorrhagica*, porażenie serca itd. są zdaniem jego uboczne powikłania, jakkolwiek także często się zdarzają. Wyleczenie sprawy gruźliczej w płucu możliwem jest tylko przez wytworzenie tkanki bliznowatej, proces, który nierzadko u osób starych na stole sekcyjnym spotykamy. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 5).

Rütimeyer: Przypadek ostrego zapalenia gruźliczego opon mózgowych po injekcyjach limfy Kocha.

Silny mężczyzna 33-letni, dotknięty początkową gruźlicą płuc; po leczeniu trwającem 16 dni, w ciągu którego otrzymał chory 0·165 szczepianki Kocha, a które wywołało u niego gwałtowny ubytek na wadze i niezwyczajne uczucie znużenia, wystąpiły w 6 dni po ostatniej injekcyi objawy *Meningitis tuberculosa*, które w dalszych 3 dniach zakończyło się śmiercią. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie co do zapalenia opony i wykazało także obecność dwóch starszych ognisk gruźliczych w mózgu, które za życia nie dawały żadnych objawów. Jakkolwiek w przypadku tym nie można tylko leczeniu środkiem Kocha przypisać wystąpienia *Mening. tuberc.*, gdyż pojawia się ona czasem także w zwykłym przebiegu gruźlicy płucnej, to z drugiej strony nie można wykluczyć możności istnienia jakiegoś związku przyczynowego. Jednem słowem R. sądzi, że ukryte ogniska w mózgu dały powód do erupcyi nowej; okoliczność tę wyjaśni może badanie mikroskopowe. (*Berl. kl. Woch.* Nr. 5).

Bardenheuer przychodzi na podstawie spostrzeżeń poczynionych na 100 chorych, dotkniętych chirurgicznem cierpieniem, do wniosku, że metoda Kocha najlepsze daje rezultaty, gdy się ją stosuje dopiero po rękoczynie. Z 100 przypadków 46 nie było jeszcze wcale operowanych, u 42 wykonano przedtem odpowiedni rękoczyn, u 6 stosowano injekcyje jodoformowe.

B. podnosi przedewszystkiem wartość rozpoznawczą środka Kocha. Co do wartości leczniczej metoda Kocha ma niewątpliwie ujemne strony: silny wpływ niekorzystny na stan ogólny, długie trwanie leczenia, występowanie świeżych gruźliczych ognisk. To ostatnie okazywało się w tem, że w narządach, które przedtem uważano za zupełnie zdrowe, pojawiły się zmiany gruźlicze. Pomimo tego B. podnosi korzystny wpływ środka Kocha na gruźlicę szczególnie narządów powierzchownych. Przy tem zwraca uwagę, że kombinacyja metody Kocha z wstrzykiwaniami jodoformu daje bardzo dobre wyniki. (*Deut. med. Woch.* 5).

Neisser w Wrocławiu bierze w obronę metodę Kocha przed zarzutami wygłaszanemi przez Virchowa. Jako miarę do osądzania wartości metody, twierdzi N., należy uważać ogłoszenia Kocha, z których zdaniem N. dotąd nic odwołać nie można. Przypadki, które Virchow miał przy sekcyi, nie nadawały się do leczenia. Co się tyczy rzekomego rozszerzania się sprawy gruźliczej, to autorowi się wydaje, że jestto raczej wystąpienie na jaw ognisk dotąd ukrytych gołem okiem niewidocznych. Wprawdzie możności oswobodzenia prątków gruźliczych i wejścia ich w obieg krwi zaprzeczyć nie można, jednakże to samo spostrzega się nierzadko po operacyjach chirurgicznych.

Spostrzeżenia N. na 46 chorych są nadzwyczaj pomyślne. Środek Kocha w kilku tygodniach zdziałał to, do czego przedtem lata całe daremnie dążono. (*Deut. med. Woch.* 5).

Brieger: Działanie środka Kocha wobec liszaja błon śluzowych.

Objawy reakcyi są podobne do tych, które występują przy leczeniu liszaja skóry. Wystąpienie nowych, dotąd niewidocznych ognisk gruźliczych, obserwował także B. podobnie jak inni autorowie, lecz sądzi napewno, że powstają one z ognisk ukrytych. Wynika to szczególnie z tego, że objawy podobne występują tylko po pierwszych injekcyjach. (Tamże).

Bayer podaje wyniki leczenia środkiem Kocha u 21 dzieci, dotkniętych po większej części gruźlicą kości i stawów. U znacznej części widział uderzające polepszenie, szczególnie w *coxitis*. W niektórych przypadkach injekcyje sprowadzały zropienie ognisk gruźliczych, po otwarciu ropni następowało znaczne polepszenie. B. potwierdza spostrzeżenia Hansemanna, że te przypadki, w których przed rozpoczęciem wstrzykiwań wykonano zabieg operacyjny, szczególną okazują skłonność do wyleczenia. U dzieci niżej 6 lat rozpoczynał B. od dawki $^1/_4$ mg., u starszych $^1/_2$ mg. (*Prag. med. Wochsch* Nr. 4).

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie 28 stycznia demonstrował Virchow preparaty z chorego, jako nowe potwierdzenie jego zapatrywania o powstawaniu świeżych ognisk specyficznych pod wpływem wstrzykiwań limfy Kocha. Chory ten 26 letni, przed kuracyją dotknięty rozległemi zmianami gruźliczemi w szczycie lewym, otrzymał 17 injekcyj (0·0635 gr.); śmierć nastąpiła w 13 dni po ostatniej injekcyi. Oprócz drobnych owrzodzeń na nagłośni i głębokiego, a więc dawnego wrzodu w okolicy więzadeł, znajdowały się na błonie śluzowej krtani świeże erupcyje gruzełków, a poniżej w tchawicy rozległe owrzodzenia sięgające aż do bifurkacyi, a nawet poniżej do oskrzeli. Virchow uważa tę zmianę jako nowszą, powstałą napewno już w czasie leczenia środkiem Kocha. Podobnie i w jelicie ślepem i wstępującem znalazł V. zupełnie świeże wrzody, które, jak badanie dokładniejsze wykazało, powstały z t. zw. ropni mieszkowych. Wreszcie w dolnym płacie płuca lewego znachodziła się owa charakterystyczna hepatyzacyja, którą przedtem opisał, w szczycie zaś duża jama zupełnie oczyszczona. Podobnie instruktywny jest i drugi przypadek, z którego V. preparaty na tem samem posiedzeniu okazywał. W końcu przedstawił V. preparat, pochodzący od indywiduum nie leczonego wstrzykiwaniami, o tyle ciekawy, że duże jamy obydwóch szczytów zupełnie były oczyszczone. (*Wien. med. Wochschr.* Nr. 6). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie w dniu 20 grudnia 1890.

Przewodniczący: Prof. Korczyński. — Członków obecnych 10.

1) Przyjęto do wiadomości poświadczenie o stanie zdrowia obory i służby stajennéj mleczarni w Gnojniku, Grodkowicach i Śledziejowicach i uchwalono poczynić kroki w celu przedkładania świadectw lekarskich i weterynarskich z mleczarń w Gnojniku i Grodkowicach.

2) Przewodniczący zdał sprawę z dotychczasowych badań szampana mlecznego, wyrobu Dra Królikowskiego.

3) Na podanie p. Jana Baczyńskiego ze Lwowa o poparcie wyrobów konserw jarzynowych, owocowych, mięsnych, bulionu, wyciągu mięsnego, szampionow i pasztetów, uchwalono przedstawić mu warunki, pod któremi komisyja zajęłaby się zbadaniem i ocenieniem tych wyrobów.

4) Uchwalono ponowić badanie sposobu fabrykacyi win leczniczych apt. p. Z. J. Kalickiego w Przemyślu, a to w celu dalszego wykonywania kontroli nad przetworami temi, poleconemi przez Tow. lek. krak.

5) W sprawie wyrobu pigułek kreozotowych apt. A. Mankowskiego w Przemyślu — uchwalono udać się ponownie do prof. Dra Łazarskiego z prośbą o opinię.

6) Uchwalono udać się do Komitetu gospodarczego V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie z prośbą, aby przetwory lekarskie, dyjetetyczne i higijeniczne, polecone przez Tow. lek. krak., stanowiły na Wystawie lekarskiéj, która ma się odbyć podczas Zjazdu, osobną grupę.

7) Zastanowiono się nad pożytecznością wyrabiania w kraju proszku mięsnego na wzór podobnych przetworów zagranicznych.

8) Dra Wł. Sciborowskiego uproszono o wygotowanie spisu lekarzy, praktykujących w zdrojowiskach krajowych i lekarzy Polaków, wykonywających praktykę w zdrojowiskach zagranicznych.

9) W sprawie potrzeb i pożądanych ulepszeń w zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Krynicy upoważniono przewodniczącego, aby zaprosił na posiedzenie wszystkich lekarzy, praktykujących w Krynicy.

10) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prof. Dra Olszewskiego z lustracyi fabryki sodowéj i wód leczniczych pp. Rzący i Chmurskiego. Tak woda zdrojowa, używana do wyrobu wód gazowych, jakoteż naczynia i przyrządy odpowiadają w zupełności wszelkim wymogom. Przy téj sposobności uchwalono wystosować odezwę do komisyi sanitarnéj miejskiéj, ażeby poddała ściślejszéj kontroli inne fabryki wody sodowéj, które używają zwykłéj wody studziennéj, częstokroć bardzo zanieczyszczonéj.

11) Z uznaniem przyjęto do wiadomości nowy rozbiór chemiczny borowiny, ługu i soli Iwonickiéj, dokonany przez p. Karola Trochanowskiego i zalecono Zarządowi zdrojowo-kąpielowemu rychłe ogłoszenie wyników tego rozbioru.

12) Wreszcie uchwalono zaproponować Towarzystwu lek. krak. wybór Doc. Dra Ponikły jako członka komisyi przem.-lekars. w miejsce sekretarza, który wybrany Prezesem Towarzystwa daléj obowiązków członka Komisyi wypełniać nie może.

Sekretarz: *Prof. Dr. Gluziński.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6.)

Jakkolwiek jest, to na teraz (koniec sierpnia) to tylko jest pewnem, że tegoroczna cholera wybuchnąwszy w okolicach Mossulu, stale postępowała na północ, ostatecznie zatrzymawszy się w Bitlis, zkąd zagraża innym okolicom Kurdystanu i tureckiéj Armenii.

Przez wzgląd na ten niepohamowany postęp cholery, grasującéj na porzeczu Tygru, uważałem za stósowne zanotować tak okresy jéj wybuchu, jak czas trwania i stopień nasilenia się w każdéj z zajętych okolic. Pozostaje mi teraz zrobić jeszcze krótką wzmiankę o środkach ochronnych, jakie zalecono, aby, o ile to podobna, powstrzymać dalsze rozwlekanie się zarazy. Oczywiście o tak powszechnie kultywowanem na tureckim wschodzie umiejscowianiu chorób zakaźnych na teraz i mowy być nie może. Przekonanie o szybkich postępach cholery, o krótko trwałem zatrzymywaniu się jéj w téj lub owéj okolicy, sprowadziło cały system ostrożności do prostéj energii urzędów gminnych. Poparto je jednak rozciągnięciem łańcucha straży sanitarnych, który wybiegając ze wsi Karabachcze, sześć godzin drogi odległéj od Diarbekiru, zwraca się do miast Sywereku, Urfy i zatrzymuje się w Biredżyku, już nad wybrzeżami Eufratu. Oddziałom wojskowym powierzona pieczołowitość sanitarna w téj okolicy ma za zadanie, czuwać nad podróżnymi i karawanami, przybywającemi z okolic, gdzie się szerzyła, lub gdzie dotąd grasuje cholera. Więcéj jednak niż do posterunków wojskowych, pokłada się tu zaufania do szerokiego choć płytkiego koryta Eufratu. Jakąkolwiek jest czujność pierwszych nawet przez wzmocnienie jéj obecnością lekarza, to zawsze przez rzadkie ogniwo łańcucha uda się przemknąć zręcznym i przedsiębiorczym tutejszym „mukrom" (przewodnikom karawan). Szeroka zaś wodna wstęga Mezopotamii, to naturalna przeszkoda w tutejszych stosunkach. N. przestrzeni więc między Biredżykiem i Meskene, to jest tam właśnie, gdzie oba brzegi Eufratu są zasiane częstemi wiejskiemi osadami, pozostającemi w stosunkach z Mardyną i Urfą, rozwinięto staranną pieczołowitość. Arabom z pokolenia Beni-Said, koczującym po prawem wybrzeżu rzeki, wzbroniono bezładnego przeprawiania się przez rzekę, czy to pojedynczo, czy też z trzodami owiec i wielbłądów. Jest to ostrożność racyjonalna mianowicie przez wzgląd na Aleppo, którego zabezpieczenie od przerzutu zarazy pozostaje zawsze najważniejszem zadaniem urzędu służby zdrowia w téj miejscowości. Wszystko więc przedsięwzięto i spełniono, na co pozwalała obszerna przestrzeń tak okolic dotkniętych tegoroczną zarazą, jak również i warunki klimatyczne pogranicza turecko-perskiego. Pomimo to jednak wszystkie starania okazały się zbyt słabemi, aby módz powstrzymać postęp cholery, któréj charakter bardzo szybkiego rozwlekania się w prowincyjach tureckiego Kurdystanu pozwala mniemać, że pierwéj czy późniéj znowu przyjdzie nam notować jéj wybuchy bez możności jednak zaznaczenia, jakim będzie przyszły kierunek cholery w prowincyjach tureckiego wschodu?

Na teraz to tylko jest pewnem, że tegoroczna zaraza w Kurdystanie gryząc i ścinając, wyrobiła pośród mieszkańców przekonanie o potrzebie rozwinięcia całéj energii ku polepszeniu warunków higijenicznych zamieszkiwanych okolic. Inaczéj bowiem zaraza, choć uważana za przyswajającą się, po pewnych przystankach znowu rozpocznie swą morderczą kośbę.

Setki pielgrzymów muzułmańskich, tak z Indyj wschodnich, jak i z Arabii, stając się codzienną ofiarą cholery, rozwleczonej z Kameranu do Mekki i Dżeddy, wywołały też i swój wpływ na jej umiejscowienie na półwyspie arabskim. Dzięki bowiem poświęceniu się lekarzy składających komisyję sanitarną na wyspie Kameranie i wzięciu czynnego udziału tak rządu egipskiego jak i rady międzynarodowéj zdrowia w Aleksandryi w zastosowaniu środków ochronnych, zaraza grasowała li tylko pośród pielgrzymów. Bo jakkolwiek z tymi ostatnimi przedostała się aż do lazaretu w El-Thor, to jednak ujęta w racyjonalne sanitarne karby nie zdołała pominąć kanału Suezskiego. W ten więc sposób i przynajmniej na teraz, południowe wybrzeża morza Śródziemnego zostały wolne od zarazy. Niemniej też i ostrożności zastósowane na drogach lądowych także tym razem okazały się skutecznemi. Pielgrzymi bowiem syryjscy powracający z Dżeddy do Damaszku przez Arabiję „kamienistą" poddawani 10-cio dniowéj kwarantanie, przedostali się do swych domowych ognisk, niezaznaczywszy swego pochodu żadnym groźnym chorobowym przypadkiem.

Daleko gorsze jednak następstwa z zastosowania ostrożności sanitarnych mam do zacytowania od strony Mezopotamii. Tam zaraza przedostawszy się po za Diarbekir, zwróciwszy się na zachód, grasować poczęła z rozmaitą energiją w miastach Urfa i Biredżyku, zkąd przerzuciwszy się zawsze drogą karawan na porzecze prawego wybrzeża Eufratu, rozwlekła się po miastach i wsiach północnéj Syryi i sięgnęły do Adany i Mersyny położonych w staréj Karamanii. Ukazanie się zaś cholery najprzód w Alepie, a w kilka dni późniéj w Aleksandrecie, małéj przystani syryjskiej, pozwalało przypuszczać, że zaraza dążąc prawdziwemi etapami zagrozi nietylko okolicom północno-zachodnim kraju, ale że i sięgnie ku właściwemu wybrzeżu syryjskiemu. Przypuszczenie podobne nikogo nie zawiodło. Po dostrzeżeniu bowiem kilku

przypadków cholery w Aleppo z przebiegiem dość łagodnym wybuch jéj został potwierdzony w przystaniach takich, jak Latakiet i Tripoli syryjskie. Bayrut więc został zagrożony. I w chwili właśnie, gdy cholera ustała w Hiszpanii, na syryjskie wybrzeże morza Śródziemnego od Bayrut aż ku przylądkowi starożytnéj Seleucyi, wybrzeżom rzeki Kalikadnos i skłonom pasma Taurus, zostały nałożone więzy dziesięciodniowéj obserwacyi sanitarnéj. Poddano im tak całą żeglugę pochodzącą z tych stron, jak również i podróżujących lądem, w przekonaniu powstrzymania zarazy w niewątpliwym jéj postępie ku północnej Anatolii. Wszelkie jednak usiłowania okazały się bezsilnemi. Bo pomimo najściślej rozciągniętych łańcuchów straży sanitarnych, w dwa tygodnie po zauważeniu pierwszego przypadku cholery w północnéj Syryi, spotykamy zarazę już po za łańcuchem pasm górskich okolicy, zagrażającą stosunkom z punktami tak ważnemi, jak Cezarea i Ikonium.

Dla badacza hygijenisty, a po za nim dla bakteryjologa, przyczyny powstania cholery w Syryi, rozwój, przebieg i jéj patognomoniczne cechy przedstawiają szczególny interes. Bo wtedy, gdy nad morzem Czerwonem choroba dając się umiejscowić, dziesiątkowała co najmniej pielgrzymów, w Syryi przeciwnie, ukazując się jednocześnie w licznych ogniskach, znikając i znowu występując po jednotygodniowéj najczęściej przerwie, zaraza okazywała w swym przebiegu i zakończeniu charakter niezwykle łagodny. A jednak hygijeniczne dane miasteczek i wiosek syryjskich pozwalały spodziewać się większéj śmiertelności. Pomimo jednak, że zaraza nie oszczędzała żadnéj klasy ludności, nie szanując ani wieku ani płci, to jednak ta jéj wyjątkowa łagodność, przypisywana zbyt szybkiemu rozwleczeniu się choroby do licznych punktów, stała się też powodem do zakwestyjonowania saméj natury zarazy. W gronie bowiem wydelegowanych do Syryi i praktykujących na miejscu lekarzy zrodziło się zapytanie: czy złe, jakie usiłowano zwalczyć, jest cholerą azyjatycką, czy też może tylko swoistą? Na dzienny więc porządek rozpraw wystąpiły teoryje różnicy zachodzącéj między drobnoustrojami odkrytemi przez Finklera i Priora a żyjątkiem „przecinkowym“ Kocha, które jednak do niczego nie doprowadziły.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 lutego. Sprawa odkrycia Kocha bierze obrót coraz niekorzystniejszy. Stanowisko ministra oświecenia Gosslera jest zachwiane, już wymieniają jego następcę, a dzienniki twierdzą, że zachwianie to w części przynajmniéj pozostaje w związku z „kochiną“. Nie dziwilibyśmy się, gdyby rzeczywiście tak było. Przemówienie jego w parlamencie za odkryciem Kocha trąciło już nie szowinizmem, ale bizantynizmem i kompromitowało nietylko Kocha, ale i rząd pruski. Minister występował, jak to wskazaliśmy w Nrze 49 „Przeglądu Lek.“ z roku przeszłego, nietylko z nadzwyczajną pewnością siebie, i on głównie przyczynił się, jeżeli nie do przedwczesnego wystąpienia Kocha, to w każdym razie do przesadnych nadziei, które zrazu przywiązywano do Kochiny; co większa zwiastował on nowe odkrycia Kocha, któremi wspaniałomyślnie obiecał podzielić się z narodami cywilizowanemi, jeżeli się zgłoszą do Berlina. — Reakcyja wychodziła z całego świata, gdzie tylko rzecz zaczęto bliżéj badać; w ostatnich dniach wychodzi ona głównie z Berlina samego. Mistrz, którego prócz rządu pruskiego, poważa świat cały, Virchow, przykłada skalpel do kochiny, czyni to *sine ira et studio*, opierając się na badaniu zmarłych czy wskutek, czy mimo leczenia Kochowskiego. Do krytyki swéj, o któréj zdaliśmy sprawę w Nrze 3 „Przeglądu Lek.“, Virchow na posiedzeniu Towarzystwa lek. berlińskiego, odbytem d. 28 stycznia, dodał uwagi dalsze, oparte na dalszych badaniach pośmiertnych. Wykazał on, że po injekcyjach występują świeże gruzełki, dodając: że jest bezwzględnie niemożebnem, aby te gruzełki powstały przed upływem 4 tygodni, gdy limfę Kocha u chorego wstrzykiwać zaczęto, a z drugiéj strony przedstawiał preparaty, z których wynika, że polepszenia nastąpić mogą śród leczenia prostego, dotychczasowego. W przemówienie Virchowa tylko wyrażenie *ein nicht gespritzter Fall* jest nieco uszczypliwe i zapewne utrzyma się na porządku dziennym; również uszczypliwie wyraża się o twierdzeniu Kocha R i n d f l e i s c h. Wślad za towarzystwem lek. szkockiem idą główne dzienniki lekarskie angielskie, które ogłaszanie sprawozdań o leczeniu Kocha w pismach nielekarskich uznają jako s p r z e c i w i a j ą c e s i ę g o d n o ś c i l e k a r s k i é j. Byłby w rzeczy saméj czas, aby publiczność przestała tak żywo zajmować się sprawą, któréj ostateczne załatwienie zależy wyłącznie od skrzętnéj obserwacyi klinicystów i badań anatomów!

* Rząd chiński wysłał lekarzy Drów Cheng-bhi-Pao i Chonyuan-yeh do Berlina celem zapoznania się ze sposobem leczenia Kocha. Bardzo to ładnie ze strony rządu państwa niebieskiego, ale obawiamy się, że nieco za późno przybędą wysłannicy.

* JE. p. Namiestnik zwołał w sprawie urządzenia Wydziału lek. we Lwowie ponowną ankietę, która ma obradować we Lwowie dnia 14 bm. W skład téj ankiety wchodzą: oprócz delegatów Wydziału lek. krakowskiego delegat Uniwersytetu lwowskiego, reprezentant Wydziału krajowego i miasta Lwowa, referent spraw lekarskich przy Namiestnictwie, radzca budowniczy Braunseis i prof. C z y ż e w i c z. Z członków Wydziału lek. krakowskiego zaproszeni zostali: prof. B r o w i c z i prof. K o r c z y ń s k i.

* „Gazeta Lekarska“ w odezwie do czytelników swych użala się, że lekarze w Galicyi i W. ks. Poznańskiem zachowują się zupełnie obojętnie wobec jéj usiłowań; obojętność ta odnosi się do wydawanych przez „Gazetę Lek.“ o d c z y t ó w k l i n i c z n y c h. Ubolewamy nad tą obojętnością, ale po części umiemy ją sobie wytłomaczyć. Z 18 wykładów, dotąd ogłoszonych, jest 5 oryginalnych, to jest napisanych przez autorów polaków, reszta jest tłumaczeń, a z tych 11 z niemieckiego, a 1 z angielskiego. Pomijając okoliczność, że tłumaczenia nie odznaczają się polszczyzną wzorową i że uporczywe używanie niektórych wyrazów i zwrotów, wstrętnych dla ucha polskiego, nie zachęca do czytania, to przecie wykłady, tłumaczone z niemieckiego, są znane lekarzom galicyjskim i poznańskim, zanim się ukazują w tłumaczeniu. Gdyby szan. redakcyja postarała się o wykłady oryginalne lub tłumaczone z francuskiego, angielskiego, włoskiego, wogóle z języków w Galicyi i Poznańskiem mniéj znanych, mogłaby zapewne liczyć na większe rozpowszechnienie wydawnictwa swego w dzielnicach wymienionych, a nawet oddałaby rzeczywistą usługę lekarzom polskim.

* Według rozporządzenia francuskiego Ministra oświaty odtąd wymagać się będzie od słuchaczów medycyny, aby przystępując do wpisów wykazali się wiarogodnem świadectwem urzędowem z odbytej rewakcinacyi; również studenci już uczęszczający na medycynę obowiązani są przedłożyć podobne świadectwa, w przeciwnym bowiem razie studyjów kontynuować im nie wolno.

* Prof. H y r t l czaszkę Mozarta, którą posiada, w testamencie swoim przeznaczył dla miasta Salzburga.

— K o m i s y a s a n i t a r n a k r a k o w s k a odbyła w dniu 10 b. m. posiedzenie pod przewodnictwem Prezydenta miasta. Fizyk miejski Dr. B u s z e k podał do wiadomości cyfry odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w r. 1890. Ogółem umarło 2783 osób, między temi 787 obcych. Wykładnik śmiertelności wyniósł dla ogółu 37.3, dla tutejszych bez obcych 26.7, dla chrześcian 42.7, dla żydów 26.7. Chorobom zakaźnym uległo 18.4% ogółu zmarłych. Z o s p y u m a r ł a w całym roku tylko j e d n a o s o b a i to przyjezdna. Na odrę umarło 99, płonicę 52, dławiec i błonicę 196, krztusiec 21, tyfus brzuszny 49, tyfus osutkowy 20, czerwonkę 23, gorączkę połogową 9, suchoty płucne 529, zapalenie płuc 467 osób. Samobójstwem skończyło życie 18 osób. Konwent X. X. Pijarów zgodził się na używanie krypty pod kościołem do przechowywania zwłok aż do pogrzebu za opłatą taksy według trzech klas. Zakażeniu powietrza w niektórych miejscach teatru krakowskiego postanowiono jak najrychlej zaradzić. Przyjęto do wiadomości zarządzenia Magistratu w sklepach ze sprzedażą mięsa. Instrukcyą co do przechowywania i sprzedaży materyjałów łatwo zapalnych i wybuchowych przekazano do przejrzenia podkomisyi złożonéj z fizyka i chemika miejskiego i wyłączono od tych ograniczeń terpentynę zupełnie a olejki eteryczne w małych ilościach. Co do gimnazyum umieszczonego w domu p. Goetza na Piasku, uwiadomił fizyk

miejski, że danie podwójnej podłogi w salach nad lodownią nie na wiele się przydało. Jeżeli złemu się nie zaradzi, magistrat postąpi sobie według prawa i szkodliwe dla zdrowia sale zamknie. Instrukcyą co do rewizyi mięsa z poza rogatek do miasta wprowadzanego przekazano osobnej podkomisyi do zbadania. Fizyk powiatowy Dr. Ponikło podał do wiadomości, iż w niektórych wsiach powiatu krakowskiego pojawiły się lubo w małej liczbie przypadków tyfus brzuszny i osutkowy a starostwo powiatowe wydało odpowiednie rozporządzenia w celu zapobieżenia zawleczeniu tych chorób do Krakowa. Dyrektor Budownictwa miejskiego Niedziałkowski przedstawił wypadek pomiarów wody gruntowej w Krakowie, robionych od 3 lat na mocy uchwały Rady miejskiej a na wniosek komisyi sanitarnej. R. m. Dr. Pareński przedstawił i poparł odpowiedniemi dowodami, iż składy materyjałów aptecznych w Krakowie przekraczają swój zakres działania. Rzecz ta ważna dała powód do obszernej dyskusyi, w której wszyscy przemawiający zgodzili się na to, że trzeba złemu zaradzić. Do poczynienia stosownych w tej mierze wniosków w czasie jak najkrótszym wyznaczono osobną podkomisyą pod przewodnictwem r. m. Dra Pareńskiego. Prezydent miasta Dr. Szlachtowski przedstawił pismo barona Dra Mundego, sekretarza wiedeńskiego towarzystwa ratunkowego, ofiarujące Krakowowi cały zupełny park ratunkowy wartości 4000 do 5000 złr. pod warunkiem uorganizowania ratunku w przypadkach nagłych w podobny sposób jak w Wiedniu. Po gruntownej dyskusyi, w której podnoszono między innemi pewne wątpliwości co do potrzeby uorganizowania ratunku w Krakowie na sposób w Wiedniu praktykowany, wyznaczono do dokładnego zbadania całej sprawy i przedłożenia odpowiednich wniosków osobną podkomisyję pod przewodnictwem r. m. Dra Obalińskiego, do którego już dawniej udawał się w tej mierze baron Dr. Mundy. Po załatwieniu jeszcze kilku spraw mniejszej wagi zakończono posiedzenie, postanawiając zebrać się wkrótce dla różnych pilnych spraw.

* W tygodniu 4 tym (25—31 stycznia) było w Krakowie małżeństw 17, urodzin 58, skonów 42 (29·30), z tych z zapalenia płuc 13, z gruźlicy 5, z dławicy i błonicy 3, z duru brzusznego 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Prof. położnictwa Dr. Anton Krassowski ukończył 20 rok służby jako przełożony zakładu położniczego. Z tego powodu lekarze zakładu wręczyli na adres i upominek. — Docentem fizyjologii w Uniwersytecie ma być mianowany Dr. Mendelsohn, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Bronisław Zaorski osiadł jako lekarz miejski w Podkamieniu, Dr. Stanisław Kruszyński jako lekarz zakładowy w Dublanach, Dr. Józef Nowak jako lek. fabryczny, w Wygodzie, Dr. Antoni Ciechanowicz w Nisku, Dr. Dawid Sobieszczyn w Jezierzanach, Dr. Abraham Fleischmann w Kozowie, Dr. Efroim Rosenblüth w Przemyślu, Dr. Leon Schützer jako sekundaryjusz szpitala izrael. w Tarnowie, a Dr. Hermann Pilzer jako drugi sekundaryjusz szpitala powszechnego tamże.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej kliniki lekarskiéj we Środę dnia 18 b. m. o godzinie 6 téj wieczorem. Porządek dzienny: Dotychczasowe wyniki z zastosowania limfy Kocha (koll. Browicz, Gluziński, Korczyński, Obaliński, Rydygier).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 21 Lutego 1891. Nr. 8.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

Wiemy, że Ammon pierwszy wytłumaczył powstawanie szpary w oku dorosłych przez nieprawidłowe zarośnięcie szpary zapłodkowéj oka. W późniejszych czasach poglądy na szparę zapłodkową oka znacznym ulegały zmianom i obecnie stanowczo może być mowa li tylko o szparze następczego pęcherzyka ocznego czyli siatkówki, zaliczając do niéj najsłuszniéj warstwę nabłonka barwikowego naczyniówki. Nie zmieniło to jednak bynajmniéj postaci rzeczy i pogląd Ammona powszechnem cieszy się dotąd uznaniem a najobszerniéj rozwinął go Manz w swéj pracy: *Die Missbildungen des menschlichen Auges* w podręczniku Graefego i Saemischa ogłoszonéj. W pracy téj Manz wspomina (na str. 65), że jakkolwiek w dawniejszéj nawet literaturze napotykamy wzmianki o innem niż w obrębie dolnego wycinka oka położeniu szpary, wszakże znajduje, że przypadki te nie były dość ściśle zbadane. W istocie szpara tęczówki tak dalece rzadko znajduje się poza obrębem jéj dolnego i wewnętrznego wycinka, że Schlüter (*Beitrag zum Iris- und Chorioidealcolobom Inaug. Diss.* Rostock, 1874) we wszystkich 104 zebranych przypadkach szpary tęczówki znalazł ją skierowaną ku dołowi. Plange w swéj niedawno ogłoszonéj pracy (*Beitrag zur Genese d. congenitalen seitlichen Iriscoloboms, Arch. für Augenheilk.* XXI., 2, 1890) zebrał wraz z własnym swoim przypadkiem 8 przypadków szpary nieprawidłowéj. W istocie jednak mamy ich znacznie więcéj, zwłaszcza jeśli uwzględnimy przypadki, opisane pod nazwą dwu i wielowzroczności, a które najzupełniéj są podobne do przypadków przez Plangego zebranych, a nadto zgoła prawie nie posiadają cech chorobowych. Dla większéj dokładności streszczę tu wszystkie podobne przypadki, które znalazłem w literaturze, nie wyłączając przypadków przez Plangego zebranych.

1 przypadek. Pierwszy dokładniejszy opis wady podał Dubois (*Ann. d'ocul.* t. 41, 1859), pod nazwą wielowzroczności. U 20-letniego włościanina w lewem oku dokoła zwykłéj źrenicy, małéj co prawda, lecz zupełnie prawidłowéj, widziano 16 dodatkowych, w kształcie szpar w kierunku promienistym idących. O stanie naczyniówki wzmianki nie znajdujemy. Wzrok był bardzo słaby (fig. 1).


Fig. 1.


Fig. 2.


Fig. 3.


Fig. 4.

2 przyp. Quaglino (*Doppio coloboma dell'iride An. d'ottalmologia* II., str. 209, 1872). Szpara tęczówki ku górze i ku zewnątrz; wielkość szpary wynosiła około trzeciéj części (górnéj) połowy tęczówki, oddzielało ją od brzegu źrenicy wązkie pasemko tkanki. Opis jest zbyt treściwy, co więcéj nie znajdujemy wcale wzmianki o stosunku otworu do linii wężykowatéj, ani też o stanie naczyniówki.

3 przyp. Bayer (*Aerztl. Bericht d. Krankenh. in Prag pro* 1879) spostrzegał częściowy brak tęczówki u 38-letniego mężczyzny, jako położoną ku wewnątrz obszerną plamę. Zresztą tęczówka była nieprawidłowo rozwiniętą, czego dowodził zupełny brak mniejszego jéj pierścienia.

4 i 5 przyp. v. Mittelstädt (*Arch. f. Augenheilk.* IX., 1, str. 423, 1880) opisał dwa przypadki. W jednym, u 44-letniéj kobiety na lewéj tęczówce spostrzegł, zmierzające od nieznacznego zagłębienia na brzegu źrenicy w kierunku ku wewnątrz i zakończone trójkątnem rozszerzeniem obok brzegu rzęskowego pasemko, ku któremu zmierzały włókna promieniste przedniéj powierzchni tęczówki. Obwodowa część tęczówki była zrośnięta z rogówką, okoliczność zdradzająca zapalenie tęczówki. W drugim przypadku, w lewem oku znajdowała się zupełna szpara tęczówki, skierowana jednak wprost ku wewnątrz; cała nosowa połowa tęczówki była nadzwyczaj cienką, a wejrzenie miała nieprawidłowe. W naczyniówce znajdował się również brak skierowany ku wewnątrz i ku dołowi, w kształcie owalu, długości 2 średnic tarczy nerwu wzrokowego, a szerokości ½ śr. tarczy. Prawa tęczówka miała

budowę cokolwiek odmienną; najzupełniéj poziomo w kierunku ku wewnątrz znajdowała się w niéj nie zupełna szpara, któréj dno tworzyła tkanka szarawa.

6 p r z y p. W r. 1881 pod nazwą podwójnéj źrenicy, opisałem w *Medycynie* następujący przypadek. 26 letni mężczyzna; w lewem oku prawie okrągła zwykła źrenica, znacznie przeciągnięta ku dołowi. W górnym i zewnętrznym wycinku spostrzegamy drugą źrenicę (otwór zupełny) kształtu podługowatego, oddzieloną od zwykłéj źrenicy cienkiem pasemkiem (fig. 2). Wyraźna linija wężykowata w wewnętrznéj połowie oka jest równoległą do brzegu źrenicy, w skroniowéj zaś połowie oddala się od brzegu źrenicy i następnie przechodzi w cienkie pasemko tkanki, które przecina wzdłuż dodatkową źrenicę. W naczyniówce ani też w nerwie wzrokowym szpary zgoła nie było.

7 i 8 p r z y p. Makrocki (*Arch. f. Augenheilk.*, XIV., 1, 1882), opisał następujące przypadki. U 16 letniéj dziewczyny szpara prawego oka ku zewnątrz skierowana, nie dochodząca do brzegu rzęskowego. Nosowa połowa tęczówki przedstawiała prawidłowe, promieniste fałdy, których w skroniowéj połowie wcale nie było. Oświetlenie boczne udowodniło, że poza szparą znajdowało się kilka idących w kierunku promienistym czarnych pasemek. U 77-letniego mężczyzny szpara w lewéj tęczówce była skierowaną ku wewnątrz i nie dochodziła o 1,5 mm. do brzegu rogówki. Brzegi szpary i stosunek do rysunku przedniéj powierzchni tęczówki były zupełnie takie, jak przy prawidłowéj szparze [1]).

9 p r z y p. Magnus spostrzegał dwie szpary w jednem (lewem) oku, jednę ku dołowi, drugą ku wewnątrz. We właściwéj naczyniówce szpary prawdopodobnie nie było.

10 p r z y p. W r. 1884 opisałem przypadek wielowzroczności. (*Medycyna* i *Revue gén. d'ophtalm.*, Mai) fig. 3). 21-letni mężczyzna. Na prawéj tęczówce, w odległości 1 mm. od brzegu źrenicznego, spostrzegamy stanowiącą przedział pomiędzy źrenicznym a rzęskowym pierścieniem tęczówki, liniję wężykowatą ku górze i ku dołowi; ku zewnątrz przyjmuje ona charakter prostéj linii, niżéj pozioméj średnicy tęczówki łączy się z brzegiem źrenicznym, lecz zaraz znów się od niéj oddala, łącząc następnie z wężykowatą liniją dolnéj połowy tęczówki. Ku górze i ku wewnątrz, linija prosta, stanowiąca dalszy ciąg wężykowatéj, łączy się z brzegiem źrenicznym nieopodal poziooméj średnicy. Od brzegu źrenicznego, na kształt promieni, udaje się ku linii wężykowatéj w górze 5, w dole 6 wyrostków, pomiędzy liniją wężykowatą a wązkiem pasemkiem, stanowiącem brzeg źreniczny tęczówki, spostrzegamy zupełne przerwy w tkance tęczówki, które tworzą dokoła zwykłéj źrenicy 9 dodatkowych. W naczyniówce szpary nie było, obok tarczy nerwu wzrokowego znajdowało się pasemko włókien, mających rdzennikowe pochewki.

11 p r z y p. Simi (*Bullet. d'ocul.* VI., Manchi, 7, 1884) spostrzegł w dolnym i zewnętrznym wycinku lewego oka 11-letniego chłopca dodatkową źrenicę w kształcie półksiężyca, który w kierunku promienistym przecinały dwa bardzo cienkie włókna. Poprzestaję na téj krótkiéj wzmiance, gdyż przypadek znam tylko z krótkiego streszczenia w *Recueil d'ophtalmologie.*

12 p r z y p. W r. 1885 pod nazwą podwójnéj źrenicy (*Medycyna*), opisałem następujący przypadek: U 21-letniéj kobiety w lewem oku (fig. 4), w odległości 1—2 mm. od brzegu źrenicy spostrzegamy ciemno-brunatną liniję wężykowatą. W jasno-brunatnym pasie źrenicznym tęczówki znajdują się drobne marszczki, skierowane ku brzegowi źrenicznemu, w rzęskowym pasie marszczki jakkolwiek również kierunek mają promienisty, lecz znacznie są grubsze. Źrenica dodatkowa znajduje się w wycinku dolnym i zewnętrznym, kształt ma jajowaty, oddziela ją od zwykłéj źrenicy pasemko 1 mm. szerokości, przecina ją cienkie pasemko tkanki.

13 p r z y p. Franke (*Centralbl. für prakt. Augenheilk.* IX., str. 101, 1885) spostrzegał u 60 letniéj kobiety w prawem oku szparę ku zewnątrz, kształtu nieprawidłowego (łuku gotyckiego). Brakowało tylnego listka barwikowego tęczówki. W obrębie braku była ona jakby zanikłą; rysunku promienistego nie dostrzegano w całéj zewnętrznéj połowie tęczówki Wielkość braku wynosiła prawie połowę źrenicy.

14 p r z y p. v. Reuss (*Ophthalm. Mittheilungen II. Abth.* Wien, 1886) u wiekowej kobiety w tęczówce lewego oka spostrzegał brak, skierowany ku wewnątrz i ku górze, jednocześnie też znalazł w tem oku stożek (*Conus*), skierowany ku wewnątrz i ku dołowi. W oku istniał astygmatyzm, a promień najmniejszéj załamliwości odpowiadał osi szpary.

15 p r z y p. Schiess Gemuseus (*klinische Monatsblätter f. Augenheilk.*, Januar, 1887). U 7-letniego dziecka obok szpary łyku, warg i nosa i obu powiek (ze skórzakami na brzegach rogówek) znajdowały się nadto szpary w obu tęczówkach, skierowane ku górze i ku wewnątrz; w lewem oku szpara mniéj znaczną była, w prawem dochodziła prawie do brzegu rogówki. Nadto w prawem oku kierowały się od brzegu źrenicznego ku źrenicy cienkie włókna, resztki błony źrenicznéj.

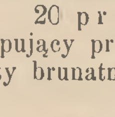
16 p r z y p. E. Bock (*Allgem. Wiener medic. Zeitung* XXII. Jahrg., 1888). Przy rogówce bardzo znacznych rozmiarów brak wrodzony w obu tęczówkach ku górze i ku zewnątrz, większy w prawem oku bez braku w naczyniówce. Prócz tego ku dołowi źrenice są również jakby cokolwiek wycięte, w prawem zaś oku wycięcie to przechodzi w ciemne pasemka. Linije na przedniéj powierzchni tęczówki kierunek mają nie promienisty, lecz schodzą się ku dołowi. Nadto w oczach były stożki (*coni*) ku dołowi, zmętnienia ciała szklanego, *chorioiditis centralis*, złogi barwikowe na przedniéj torebce soczewki.

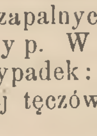
17 p r z y p. Nuël (*Ann. d'ocul.*, 1888 Dec.) opisał przypadek szpary jednostronnéj lewéj tęczówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego, skierowanéj ku zewnątrz.

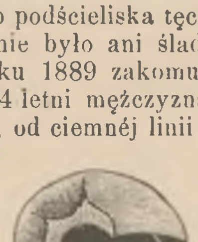
18 p r z y p. De Lapersonne (*Arch. d'ophtalm.* VIII., 2). Obustronna szpara tęczówki była skierowaną ku górze, w obrębie zaś jéj spostrzegano resztki *kerat. marginalis*, nadto znaleziono zmiany zapalne dokoła tarcz nerwów wzrokowych i plam żółtych. Z tego tylko chyba powodu autor przyznaje wszystkim szparom wrodzonym pochodzenie zapalne.

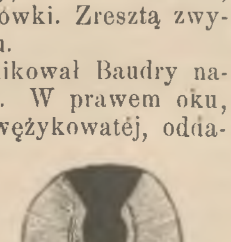
19 p r z y p. Manz (*VII. Period. internat. Ophthalmologen Congress. Bericht* von Otto Becker und Hess, Wiesbaden, 1888). U 40-letniego mężczyzny w lewem oku znalazł szparę skierowaną ku zewnątrz i sięgającą prawie do brzegu rzęskowego i w dodatku jeszcze drugą mniejszą, skierowaną ku dołowi. Obie szpary miały mostki, dolny nadto zaciągał ku tyłowi cienki listek, prawdopodobnie błonę Brucha, rysunek tęczówki w pobliżu szpary uległ zmianie, w ciele rzęskowem i w naczyniówce szpary nie było. Nadto rozpatrując tęczówkę przez lupę spostrzegł na powierzchni jéj w wielu miejscach nieznaczne rozstąpienie się pasemek promienistych. W tym przypadku dokonano badania anatomicznego. Naczyniówka była nadzwyczaj cienką, zwłaszcza w obrębie warstw zewnętrznych, która to okoliczność tłumaczy, zdaniem Manza, słaby rozwój właściwego podścieliska tęczówki. Zresztą zwykłych zmian zapalnych nie było ani śladu.

20 p r z y p. W roku 1889 zakomunikował Baudry następujący przypadek: 24 letni mężczyzna. W prawem oku, przy brunatnéj tęczówce, od ciemnéj linii wężykowatéj, odda-


Fig. 5.


Fig. 6.


Fig. 7.


Fig. 8.

[1]) Dodam tu dwa spostrzeżenia Moorena, niestety zbyt treściwie podane (*5 Lustren ophthalm. Thätigkeit*, Wiesbaden, 1882, str. 290). Przy zupełnie prawidłowym wzroku i prawidłowym stanie źrenicy, znalazł on razu jednego dwie szpary w górnym wycinku tęczówki, które o tyle były szerokie, że czerwony odblask dna oka spostrzegał przez wszystkie szpary jednocześnie. W drugim przypadku u dziecka przy piersi będącego prawidłową źrenicę oddzielało od dodatkowéj ku górze i ku zewnątrz położonéj i kształt owalu mającéj grube pasemka tkanki, która zdaniem M. stanowiła resztki przetrwałéj błony źreniczéj.

lonéj prawie o 1 mm. od brzegu źrenicznego, rozchodzą się promienie ku obwodowi tęczówki (fig. 5). Pierścień źreniczny posiada marszczki promieniste, rzęskowy jest gładki. W górnym wycinku tęczówki, w odległości 0,5 mm. od brzegu źrenicznego, znajdują się cztery małe dodatkowe źrenice.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7.)

Tusz głowowy Franklina.

Do tego celu służy elektroda, składająca się z dużego talerza metalowego, osadzonego na takiejże wysuwalnéj rękojeści odosobnionéj. Jest ona przytwierdzona między oboma przewodnikami w górze szafki. Talerz ten można zapomocą odpowiedniéj śruby obniżać lub podnosić, stosownie do wzrostu chorego, a umieszcza się go kilka centimetrów ponad głową. Chorego stawia się na odosabniaczu, połączonym z biegunem dodatnim, biegun zaś ujemny łączy się z rękojeścią talerza. Wskutek tego następuje wyładowanie czyli rozbrojenie na głowie chorego. Używano też podobnego talerza, na którym znajdował się wieniec sztyftów mosiężnych. Eulenburg jednak słusznie zwraca uwagę na zbyteczność tego w obec sposobu, o którym poniżéj mowa.

Strumień pojedynczy lub wielokrotny. (Courants électriques, aigrettes, souffle électrique. Büschel- oder Spitzenstrom. Electrischer Wind.)

Chorego umieszcza się na odosabniaczu, połączonym z biegunem ujemnym, na biegun zaś dodatni zakłada się sznur, łączący się z rękojeścią służącą do przytwierdzania elektrod. Rękojeść tę stanowi gruby pręt mosiężny, przeprowadzony przez odosabniającą go drewnianą laskę, tak że tylko końce wystają. Na jeden koniec zakłada się kółko sznura, do drugiego zaś, zgiętego i opatrzonego śrubą, przytwierdza się odpowiednie elektrody.

Do pojedynczego strumienia służy elektroda, zakończona cienkim sztyftem, którego koniec tylko wystaje z odosabniającéj kości słoniowéj. Skoro się zbliży sztyft ten do chorego, wypływa z niego jakby strumieniem elektryczność, widoczna jako smuga ciemno-fijołkowa i powstaje zarazem lekki wiatr. Elektryczność nie wyładowuje się z takich ostrzów nagle w postaci iskry, lecz spływa z końca, jak to pierwszy Franklin wykazał. Dopiero jeżeli się zbliży ostrze bardzo do ciała, przeskakują bardzo słabe iskierki. Chcąc strumień złagodzić, można zamiast sztyftu mosiężnego użyć drewnianego.

Strumień wielokrotny otrzymuje się zapomocą krążka, na którym wieńcem nabite są obok siebie podobne sztyfty mosiężne, przez co rozbrajanie czyli wypływ elektryczności jest znacznie energiczniejszy.

Chcąc w końcu otrzymać strumień wielokrotny, lecz bardzo łagodny, zasadza się elektrodę zakończoną pędzlem z włosów. Wtedy wyładowanie odbywa się nader słabo.

Pocieranie. (Frictions électriques. Friktionen.)

Z biegunem dodatnim łączy się opisaną już rękojeść, na końcu któréj zakłada się dużą mosiężną kulę. Kulą tą pociera się chorego, przyciskając ją dostatecznie silnie do ubrania. Jeżeli zaś stosuje się na ciało obnażone, wtedy kulę obwija się w grubą flanelę. Wyładowanie następuje tutaj w postaci jakby drobniuchnych iskierek, zaledwie widocznych na flaneli, przyczem słychać trzeszczenie.

Łagodniejszy sposób jest odprowadzenie bieguna do ziemi, pocieranie zaś własną ręką chorego, lub też postawienie siebie zamiast chorego na odosabniaczu i pocieranie ręką.

Iskry. (Etincelles électriques).

Na rękojeść połączoną znów z biegunem dodatnim nakręca się kulkę mosiężną i trzyma się ją w oddaleniu kilku centimetrów od chorego, umieszczonego na odosabniaczu. Elektryczność wyładowuje się wtedy z silnym trzaskiem w postaci jasnych iskier.

Podobnie jak strumień można modyfikować siłę iskier przez zakładanie kul drewnianych, lub też używanie zamiast nich kłykcia zgiętego palca wskazującego przez ustawianie siebie na odosabniaczu, a chorego na posadzce itd.

Ciemne wyładowanie

stosowane jest wyłącznie w Niemczech, a to przy pomocy tablic Franklina. Są to płyty szklane, naszelakowane, w środku których naklejone są po obu stronach krążki staniolu. Tablice te opiera się krążkami jednéj strony na kulach zewnętrznych przewodników. Obok nich stoi druga para przewodników, których jeszcze nie opisałem. Przewodniki te posiadają tak samo odosobniony walec mosiężny, który się kończy kulą po jednéj stronie, zaś ruchomem ramieniem mosiężnem, zgiętem pod kątem prostym po drugiéj. I to ramię zaopatrzone jest w kulkę mosiężną. Do tych przewodników zakłada się obecnie sznury, ruchome zaś ramiona obraca się w ten sposób, że kulki kończące je leżą na staniolowym krążku tablic franklinowskich, naprzeciw kul pierwszéj pary przewodników.

Dajmy na to, że do przewodnika spływa elektryczność dodatnia na krążek staniolu tablicy Franklina. Od drugiego krążka przegrodzony jest on tablicą szklaną, nie może więc bezpośrednio oddać mu elektryczności, jednak przez wpływ (influencyję) udziela mu ładunku ujemnego, który spływa na sznur i elektrodę. Elektryczność więc jest w tym razie odwrotną, jak na głównych przewodnikach.

Na rękojeść zakłada się elektrody wilgotne, zaopatrzone gąbką, jakich się zazwyczaj używa do galwanizowania. Przykłada się je do obnażonego ciała.

Kule przewodników wewnątrz szafki rozstawia się tak, aby wyładowanie mogło jeszcze między niemi nastąpić. Za każdym razem, gdy iskra przechodzi między kulami, następuje wyładowanie między chorym a elektrodą, tem silniejsze, im daléj od siebie kule są rozstawione.

Wszystkie te sposoby można jeszcze w różny sposób zmieniać i kombinować ze sobą.

Oprócz opisanych istnieją jeszcze pewne odrębne, stosowane np. w chorobach uszu itd., w zasadzie jednak odpowiadają powyższym.

Działanie fizyjologiczne elektryczności statycznéj.

O rozdziale elektryczności w ciele ludzkiem w fizyjologicznem stanie nie wiele wiemy.

Saussure, Cardini, Ahrens, Meisner, Stein i inni stwierdzili, że powierzchnia ciała ludzkiego posiada ładunek dodatni; podług Sjöstena zaś ujemny, co też Ahrens u kobiet spostrzegał. Meissner twierdzi, że ładunek ten pochodzi z mięśni, których powierzchnia jest dodatnio naelektryzowana, przekrój zaś poprzeczny ujemnie. Haubel, Féré, Vigouroux i d'Arsonval nie przywiązują do tych spostrzeżeń żadnéj wagi. Podług nich jest ten mały ładunek wywołany przez uboczne wpływy przy doświadczeniach. Przypadki nieprawidłowego, silnego napięcia na powierzchni ciała spostrzegał Dardanus (1558), Hosford (1837) i Féré (1888). Vasali-Eandi i Volta stwierdzili, że mocz świeżo wypuszczony jest elektroujemny.

Zachodzi teraz pytanie, jakie jest działanie fizyjologiczne opisanych powyżéj sposobów stosowania elektryczności statycznéj? W kierunku tym niestety brak nam prawie zupełnie pewniejszych danych. Jeśli pominiemy pobieżne i niezbyt zaufania budzące wzmianki Onimusa, to z ściślejszych prac w tym kierunku wymienić wypadnie jedynie tylko badania Rozdestwieńskiego, dokonane pod kierunkiem prof. Mierzejewskiego w Petersburgu. Stosował on iskry elektryczne na mózg i rdzeń królików i psów, jużto przez powłoki kostne, jużto na obnażone

z nich narządy. Silne iskry skierowane na mózg w okolicy *gyrus sigmoides* wywoływały prawidłowo stan epileptyczny, ciepłota wzrastała do 40°, a zwierzęta ginęły po szeregu kurczów epileptycznych. Słabsze stosowanie sprowadzało drżenie kończyn, niepewny chód i obniżenie pobudliwości zwierząt na bodźce zewnętrzne. Przy podrażnianiu rdzenia występowały zaburzenia ruchowe i czuciowe U zwierząt tych wykazywała sekcyja rozległe wynaczynienia w miejscach stosowania iskier i to tak pod skórą, jak w mięśniach, w okostnéj i w oponach. Badanie mikroskopowe wykazało podobneż wynaczynionki w mózgu i rdzeniu i zwyrodnienie komórek nerwowych, ograniczające się jedynie do miejsc stosowania iskier.

Wyniki te, jakkolwiek cenne, nie są jednak ani czysto fizyjologicznemi ani też nie dają się spożytkować bezpośrednio w celach leczniczych. W badaniach fizyjologicznych chodziłoby nam przedewszystkiem o stwierdzenie stosunku téj podniety do podniet elektrycznych innego rodzaju, o zbadanie, w jaki sposób i wśród jakich zjawisk podnieca ona bądź nerwy, bądź mięśnie lub też ośrodki nerwowe; czy statyczna elektryczność podwyższa lub obniża pobudliwość nerwów, czy wywołuje w nich zjawiska elektrotoniczne, jak wpływa na odruchy itd. W tych właśnie kierunkach nie mamy dotychczas we fizyjologii nic zrobionego, co należy przypisać wielkim trudnościom, jakie się napotyka przy izolowaniu elektryczności o tak silnem napięciu.

Ja sam zajmowałem się badaniem, w jaki sposób wpływa elektryczność statyczna w postaci kąpieli lub strumienia na odruchy żab. Czyniłem to przy pomocy metody Türcka, polegającéj jak wiadomo na podrażnieniu skóry bardzo rozcieńczonym kwasem siarkowym i mierzeniu czasu, który upływa od zanurzenia łapek żaby w kwasie do odruchowego wyciągania ich, a więc czasu potrzebnego do wywołania odruchu. Badania te jednak nie doprowadziły mnie jeszcze do żadnego pewnego rezultatu, tyle tylko mogłem z wszelką dokładnością stwierdzić, że silniejsze iskry stosowane na rdzeń, obniżają znacznie jego pobudliwość, a nawet znoszą zupełnie, gdy są bardzo energiczne.

Dane fizyjologiczne, które posiadamy, zaczerpnięte są prawie wyłącznie z spostrzeżeń czynionych przy stosowaniu elektryczności statycznéj w celach leczniczych. Jednakże i tutaj panuje sprzeczność i zamięszanie. Odnosi się to szczególnie do kąpieli franklinicznéj.

Z francuskiéj szkoły jedni i to najwięksi entuzyjaści, jak Arthuis, odmawiają jéj wszelkiéj wartości, podczas gdy inni, jak Onimus, są wprost przeciwnego zdania. Kąpiel taka wywołuje najrozmaitszy wpływ. Włosy powstają lekko na głowie, na skórze doznaje się uczucia mrowienia, czyli, jak się zwykło mówić, oblepiającéj się pajęczyny.

Tętno zachowuje się rozmaicie, stosownie do wrażliwości pacyjenta, raz się przyspiesza, drugi raz zwalnia. To samo stosuje się do oddechu.

Charcot twierdzi, że parcie ościenne krwi podwyższa się pod wpływem kąpieli franklinicznéj, inni jednak autorowie nie mogli tego zauważyć.

W końcu nadmienić muszę, że wszyscy lekarze stosujący elektryczność statyczną czy to w postaci kąpieli, czy też jakiéj innéj, spostrzegali jéj wpływ korzystny na miesiączkowanie. Regularność powstrzymana czas dłuższy przy użyciu jéj; z tego powodu nawet niektórzy polecają wstrzymać stosowanie jéj w ciąży.

Trudno by mi było przechylić się bądź na jednę, bądź też na drugą stronę, w każdym razie nie można stanowczo odmówić wpływu na organizm, w czem nas utwierdzają jeszcze przykłady skąd innąd zaczerpnięte, a mianowicie ze świata roślinnego. Rośliny rozwijają się i rosną znacznie szybciéj i bujniéj w sferze elektryczności statycznéj aniżeli w zwykłych warunkach.

Tusz głowowy oraz strumień elektryczny sprawiają na głowie zarówno jak na twarzy parestezyję, uczucie swędzenia, mrowienia itd. W małéj ilości przypadków wywołują zawrót głowy.

Na nerwy wzroku, słuchu i węchu nie wpływają bezpośrednio, jedynie na nerwy smakowe. Wywołują na języku smak kwaśny i to silniejszy przy działaniu bieguna dodatniego, aniżeli ujemnego, w czem więc istnieje zupełne podobieństwo z prądem stałym.

Co do działania na tętno, oddychanie i na funkcyje naczyniowe, istnieją najróżnorodniejsze podania, do których zdaniem mojem nie można przywiązywać wagi, zmiany bowiem w tych przypadkach zależą wyłącznie od indywidualnéj wrażliwości.

Ubocznem działaniem jest tutaj wywiązywanie się ozonu. O ile ma ono znaczenie lecznicze, trudno jeszcze określić. Fizyjologija jednak zbadała już wpływ jego na organizm. Poniżéj opiszę, jak dzielnym środkiem jest elektryczność statyczna w porażeniach nerwu twarzowego. I inne metody elektryczne skutkują w tych razach dzięki okoliczności, że nerw ten leży bardzo powierzchownie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Powyżéj opisane zmiany anatomiczne można łatwo pojąć, jeśli przypuścimy, że powstały one przez obfitą diapedezę ciałek czerwonych z naczyń krwionośnych, do tkanki łącznéj, otaczającéj naczynia krwionośne i limfatyczne. Przemiany właściwe ciałkom czerwonym progresywne i tutaj miały miejsce wspólnie z przemianami regresywnemi. Zmiany w saméj treści naczyń krwionośnych muszą wskutek zboczeń w krążeniu szkodliwie wpływać na odżywienie samego miąższu i na przemiany ciałek czerwonych wynaczynionych do światła pęcherzyków. Ciałka te nie ulegają wreszcie przemianie w tkankę łączną, ale co najwięcéj wytwarzają istotę chromatyczną ułożoną w komórkach nieprawidłowych i bez treści międzykomórkowéj unaczynionéj, przeznaczone są zatem już z góry na obumarcie i rozpad. Resorbcyja z powodu niedrożności naczyń limfatycznych nie przychodzi do skutku i to stanowi zgubny przebieg całéj sprawy.

Nieco odmienne, jakkolwiek téj saméj natury zmiany znajdujemy w płucach gruźliczych królików. Badając nieco większe guzki zserowaciałe znajdujemy centrum ich złożone z masy nierównoziarnistéj, obwód z komórek o wielkiéj masie protoplasmatycznéj i małych błyszczących jądrach. W owéj masie centralnéj łatwo pomiędzy ziarnami odkryć kontury ciałek czerwonych barwy żółto-zielonawéj, w pewnych miejscach owa masa serowata składa się z samych takich ciałek ułożonych zbito w nekrotycznych ale jeszcze dających się rozpoznać alweolach. W przylegającym miąższu pęcherzyki płucne wypełnione są komórkami wielkiemi, ale co do jąder to przeważają tutaj małe, okrągłe, lśniące, *en masse* zabarwione a identyczne z również barwiącemi się *en masse* ciałkami czerwonemi naczynia, jeśli takowe przypadkiem tuż obok się znajduje. Obok tych komórek o obfitem pierwoszczu widzimy i leukocyty, jakoteż ciałka czerwone z jądrami i bez takowych. W niektórych naczyniach krwionośnych widzimy pewną część krwi prawidłową, w innéj ciałka czerwone pokurczone są jakby w małe płytki lub ziarenka pozakrzywiane na kształt jąderek w wielojądrowych leukocytach i barwiące się silnie safraniną. Na innych wreszcie miejscach wśród ciałek czerwonych nieznacznie zmienionych widzimy masy okrągławe, niewyraźnie ziarniste, żółto zielonawe, tj. téj saméj barwy co i ciałka czerwone obok leżące. Te masy, gdy przypadkiem zawierają jedno lub dwa jądra, przypominają w zupełności owe wielkie komórki wypełniające alweole na około mas serowatych.

W innych przypadkach, gdzie mamy widocznie przed sobą pierwsze objawy gruźlicy, możemy łatwiéj studyjować składniki gruzełka prosówkowego. Spotykamy w takich płucach królika niektóre pęcherzyki wypełnione krwią, w któréj można spostrzegać wszystkie możliwe okresy przemiany w gruzełek prosówkowy jużto limfatyczny jużto epitelijoidowy. Ciałka krwi czerwone niezmienione lub z jądrami, daléj zupełnie przemienione już w leukocyty, wreszcie komórki epitelioidowe i *reticulum* różnie rozwinięte. Komórki epitelioidowe świadczą tutaj o dążności przemiany w definitywną tkankę łączną, jakkolwiek do tego rzadko przychodzi.

Że ciałka czerwone krwi stanowią głównie materyjał, z którego tworzą się produkty gruźlicze, a w diapedezie ich i przemianach częścią wstecznych częścią postępowych (*metamorphoses regressives et progressives*) tychże leży cała natura sprawy gruźliczéj, przekonywają mnie najlepiéj przypadki

c) gruźlicy macicy i trąbek macicznych. Liczne przypadki, które były przedmiotem moich badań, przedstawiały się w tej zwyczajnéj postaci, gdzie to większa lub mniejsza część błony śluzowej macicy jest owrzodziałą i pokrytą masami serowatemi, a trąbki dochodzące nieraz grubości palca wewnątrz wypełnione są również gęstemi masami serowatemi.

W krótkości przedstawię obraz mikroskopowy przekrojów prostopadłych do dna wrzodów macicznych a zajmujących i głębsze warstwy narządu.

Co do mas serowatych na powierzchni wrzodów uderza nas przedewszystkiem ich postać, rysunek, jaki przedstawiają. Są one konglomeratem samych ciałek czerwonych, częściowo odbarwionych, ułożonych w delikatnem *reticulum* hemoglobinowém, znanem nam już z ran wątroby. *Reticulum* to w częściach głębszych często barwi się bardzo silnie safraniną i gencyjaną. Przy saméj powierzchni zaś brak go zupełny, a ciałka czerwone rozpadłe w masę szarawą nierównoziarnistą. W oczkach tej siatki hemoglobinowéj lub chromatynowéj obok ciałek czerwonych znajdujemy jedno lub więcej jąder różnéj wielkości. Najczęściej są to maleńkie ziarna okrągławe lub podobne do ziarn kminu, a zupełnie identyczne z temi ziarnami istoty chromatycznéj, które powstają z ciałek czerwonych wynaczynionych, objaw stwierdzony przy różnych naszych poprzednich spostrzeżeniach. Oczka *reticulum* na pierwszy rzut oka naśladować mogą komórki epitelioidowe, a ziarna istoty chromatycznéj okruchy rozpadających się ich jąder, w ogóle nekrozę utkania gruźliczego złożonego z spływających z sobą gruzełków. Do takiego mylnego pojmowania tego obrazu można było dojść tylko na preparatach alkoholowych. Preparaty z rozczynu Fleminga nie dopuszczają tu żadnéj wątpliwości co do przyrody tych mas serowatych.

Tuż pod warstwą serowatą różnéj grubości znajdujemy utkanie obfite w naczynia krwionośne, otoczone bardzo gęstym naciekiem samych komórek okrągłych. Zwykle stosunek tych naczyń do warstwy serowatéj jest taki, że tuż przy saméj ścianie naczynia znajduje się gęsty naciek drobnokomórkowy. W miarę zbliżania się w masy serowate komórki okrągłe (tylko jądra ich widoczne) przechodzą w gęstą sieć o grubych silnie się barwiących włóknach, które w saméj już warstwie serowatéj bledną (barwa safraninowa) i stają się hemoglobinowemi. W samych naczyniach krwionośnych ilość ciałek białych jest zwiększona, a są one absolutnie identyczne z komórkami okrągłemi po za ścianami naczynia.

Za warstwą tych licznych naczyń następuje prawidłowe utkanie macicy, w którem w różnéj ilości rozproszone są gruzełki prosówkowe stanowczo identyczne z temi, jakie w otrzewnie kiszek i w sieci przedstawiłem. Jeżli gdzie, to tutaj z całą łatwością można wykazać, że tak zwane gruzełki zserowaciałe są tylko ciałkami czerwonemi ulegającemi nekrozie. Jądra leukocytów i epitelioidowe, jeżli się w ogóle znajdują, mają często kontury ostre i obfitują w istotę chromatyczną. Komórki olbrzymie tylko w niektórych gruzełkach spotykamy. Tak w tych głębokich gruzełkach jako też w masach serowatych na powierzchni mnóstwo prątków gruźliczych.

Mamy zatem na powierzchni macicy rozległą diapedezę ciałek czerwonych z obfitych naczyń krwionośnych. Ciałka czerwone tuż przy ścianie naczynia dają jeszcze początek leukocytom, w dalszych jednak warstwach zbliżonych ku masom serowatym ciałka czerwone podobnie jak w skrzepie przechodzą w sieć chromatynową, w saméj zaś warstwie serowatéj ulegają nekrozie, a tylko w niektórych z nich przyszło do wytworzenia nieregularnych ziarenek chromatynowych.

Analogiczny obraz przedstawia nam gruźlica trąbek macicznych.

Przypadki te można podzielić na dwie grupy. Do jednéj należą te, gdzie przeważa nowotworzenie gruzełków i nacieków zapalnych drobnokomórkowych; do drugiéj zaś grupy należą te przypadki, gdzie przeważa obfita diapedeza ciałek czerwonych, które nie ulegają przemianom postępowym lecz nekrozie i tym sposobem tworzą wprost masy serowate. Rozumie się samo przez się, że znajdują się i postacie mięszane.

Wśród tkanki napozór serowatéj widzimy przy dokładniejszem badaniu same ciałka czerwone, a tylko gdzieniegdzie małe resztki utkania trąbki i naczynia bardzo szerokie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Glum: O wpływie snu na wydzielanie moczu.

Autor badając mocz z dnia i nocy w licznych przypadkach, doszedł do następujących wyników. Wydzielanie moczu podczas snu jest zmniejszone; i tak wynosiła średnia ilość moczu z 12 godzin dnia 911, z 12 godzin nocnych 661 cntm. sześcien. (stosunek = 100:72). Daléj pokazało się, że ilość stałych składników, wydzielanych we dnie, wynosi na godzinę 3 grm., w nocy 2 grm. Krótka przerwa snu u osób, które znów łatwo w silny popadają sen, nie sprowadza obfitszego wydzielania moczu, za to przerwa dłuższa lub bezsenność zwiększają wydzielanie moczu. Uwarstwienie moczu w pęcherzu w nocy (udowodnione przez Edlefsena), skutkiem którego pierwsze części oddanego zrana moczu są gatunkowo najcięższe, zdaje się być dalszym dowodem, że we śnie czynność nerek jest obniżoną. (*Inaug. Diss. Kiel.*, 1889). *Dr. Süsskind.*

Prof. Rumpf (Marburg): Przyczynki do nauki o dyfuzyi i chłonieniu.

Doświadczeniami o wpływie wyskoku na dyfuzyję soli wykazał R., że wyskokowy rozczyn jodku potasu szybcéj przenika przez błonę (papier pergaminowy lub jelito), niż wodny, a mianowicie można było, używając ostatniego rozczynu, stwierdzić pierwsze oddziaływanie jodku potasu po przeciwnéj stronie błony po 8—10 minutach, podczas gdy po dodaniu 10% wyskoku oddziaływanie wystąpiło już po dwóch minutach. W podobny sposób przyspiesza gliceryna dyfuzyję. Także żelasinek potasowy przenikał szybcéj po dodaniu 1—10% gliceryny; wyskok wpływał po dodaniu małéj ilości również przyspieszająco, zaś po dodaniu więcéj niż 10% opóźniająco. Dyfuzyja cukru gronowego nie doznawała żadnéj wybitniejszéj zmiany. Także pochłanianie soli kuchennéj szybcéj się odbywa z rozczynów, zawierających 5—10% gliceryny lub wyskoku. Przy wewnętrznem podawaniu gliceryny występowało w pewnych przypadkach powiększenie ilości moczu. Poleca się więc przy wszystkich ciałach, rozwijających na błonach śluzowych więcéj niż całkiem powierzchowne tylko działanie, podawać glicerynę w pewnym stosunku odsetkowym (5—10%), a ewentualnie wyskok, następnie należy doświadczać gliceryny, jako środka moczopędnego. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 43). *Dr. Bf.*

Patologija.

Prof. Oertel (Monachijum): **O jadzie dyfterycznym i jego działaniu.**

Dużo już zastanawiano się nad dyfteryją, z badań tych jednak lekarz praktyczny nie wiele odniósł korzyści, owszem przyczyniały się one do powstawania różnych nawzajem zwalczających się chwilowych teoryj, z których wyłoniło się znów bardzo wiele różnych sposobów leczniczych. Czas już, aby ta rozmaitość pewnym i prawdziwym danym miejsce swe odstąpiła, na którychby stałą i na jednéj dyrektywie opartą terapiję utworzyć można. Dzięki badaniom Kocha, Löfflera, a przedewszystkiem Francuzów Rouxa i Yersina, Niemców Briegera i Fränkla, dotychczasowe to życzenie spełniać się zaczyna.

W błonach błonicowych dwa rodzaje znajdujemy bakteryj. Laseczniki dla dyfteryj specyficzne i koki natury septycznéj. Drobnoustrojów tych nie znajdowano jednak nigdy w tkankach zaętego chorobą organizmu i dlatego niektórzy nie uważali ich za właściwych twórców i przenośników choroby. Przy szczepieniach zwierząt cząsteczkami błon dyfterycznych, trzeba zwracać uwagę nietylko na proces, jaki się odbywa na błonie śluzowéj, ale także i na objawy ogólnego zakażenia. Często nie udaje się wywołać nacieku dyfterycznego na błonie śluzowéj, mimo to zwierzęta wśród objawów ogólnego zakażenia w przeciągu 30—40 godzin giną, co jest najlepszym dowodem ogromnéj siły zabójczéj jadu dyfterycznego. Szczepienie hodowlami lub też toksynami z tych hodowli otrzymanemi wydaje takie same wyniki. Inne jednak powinny występować objawy, jeżeli jad w małéj ilości powoli tworzony, wydzielinami i sokami tkankowemi rozrzedzony do organizmu się dostaje. Według badań Oertla jad dyfteryczny niszczy przedewszystkiem komórki, a mianowicie leukocyty i większe komórki okrągłe (*Rundzellen*). Jądra i osłonki rozpadają się, a pierwoszcze rozpływa się, tworząc masy łatwo krzepnące. Drugim skutkiem wejścia jadu jest tworzenie się hyaliny nietylko z białka rozpadłych komórek, ale i z istoty łączno-tkankowéj i mięśniowéj. Za pomocą tych działań wytłomaczyć sobie można nekrobiozę i tworzenie się błon, które jako objaw następowy uważać należy. Ogniska nekrobiotyczne utworzyć się mogą i w innych miejscach, jak w gruczołach, w śledzionie, w żołądku, w kiszkach, a przedewszystkiem w naczyniach. Tutaj przychodzi do zwyrodnienia szklistego i znacznych zmian w ścianach tętnic i naczyń włosowatych. Tem też tłomaczymy sobie znaczne często krwotoki w przebiegu dyfteryi w różnych organach występujące. Ponieważ w tkankach narządów, w krwi lub limfie, bakteryj specyficznych żadną miarą wykazać nie można, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że padając na błonę śluzową bakteryje te, niszcząc komórki, wytwarzają jad organiczny, który w miejscu wessany po całym organizmie rozprowadzony zostaje. Stwierdzają to w zupełności doświadczenia Löfflera, Rouxa i Yersina. Badacze ci z kultur specyficznych bakteryj dyfterytycznych uzyskali ciało chemiczne, rodzaj fermentu (enzym), które zwierzętom zaszczepione te same chorobowe zmiany i ostatecznie śmierć sprowadza. Jad ten Oertel przeszczepiał z królików na gołębie i odwrotnie i otrzymywał jad znacznie osłabiony, zwierząt już nie zabijający. Brieger i Fränkel rzecz znacznie daléj posunęli, udało im się bowiem otrzymać jad dyfterytyczny chemicznie czysty w postaci śnieżno-białéj, łatwo kruszącéj się masy. Zaliczają oni ją do toksalbuminów. Albuminy te tworzą się z białka komórek pod wpływem specyficznych bakteryj.

Ponieważ wejściem i miejscem tworzenia się jadu jest błona śluzowa, więc należy przy pierwszem pojawieniu się błon takowe silnym antiseptykiem zmywać. Najlepiéj nadaje się do tego 5% woda karbolowa, którą w postaci pędzlowań a jeszcze lepiéj rozpryskiwań stosować należy w ten sposób, aby i na pozór zdrowe części błony śluzowéj gardła, połyku i oskrzeli, na których bakteryje już osiąść mogły, dobrze obryzgane być mogły. Tego rodzaju leczenie jest jedynie logiczne, a posługują się niem także Roux i Yersin. Dziś więc śmiało twierdzić możemy, iż wiemy, co to jest dyfteryja, a tajemnica, jaką się choroba ta dotychczas osłaniała, usuniętą w większéj części została. (*D. m. Wschft.*, Nr. 45, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Kratter (Insbruck): **O znaczeniu gonokoków w medycynie sądowéj.**

K. korzystając z dwóch przypadków, które miał do ocenienia, zaznacza, iż sprawa o znaczeniu gonokoków odkrytych przez Neissera w r. 1879 w medycynie sądowéj dotąd poruszaną nie była. Przeszedłszy po krótce literaturę dotyczącą gonokoków, przytacza cechy, po których można je odróżnić od tak zwanych pseudogonokoków. Mają one po największej części kształt bułkowaty, długość ich od bieguna do bieguna wynosi od 1,6—0,8 μ, szerokość ich największa 0,8—0,6 μ. Układają się po dwa, a dwójki te składają się na kępki. Bardzo ważną ich cechą jest usadowianie się we wnętrzu komórek i odbarwianie się w płynie Lugola (metoda Grama), w przeciwstawieniu do reszty diplokoków, nie ulegających w tych warunkach odbarwieniu. Przy następowem barwieniu wezuwiną barwią się podobnie jak i komórki brunatno, co według dokładnych badań Steinschneidera daje pewność dyjagnostyczną w 95,35% przypadkach.

Badania w tymże kierunku dokonane w pracowni K. przez Ibsena i Kühna dowiodły, że gonokoki Neissera należą do rzędu najpewniéj dających się stwierdzić patogenicznych mikrobów, ztąd wykrycie ich według K. ma doniosłe znaczenie w odpowiednich przypadkach dla medycyny sądowéj. W dwóch przypadkach, które K. ocenił, wykrycie ich nie przedstawiało wielkich trudności, a stwierdziło najdokładniéj przyrodę cierpienia. Pierwszy przypadek tyczył się dziewczęcia 9-cioletniego, które uległo zgwałceniu i zakażeniu rzeżączką. Przypadek ten według K. ma i tę wartość, że w odnośnéj literaturze jest znanych dopiero 5 przypadków zestawionych przez Steinschneidera, w których u nieletnich dziewcząt z pewnością stwierdzono rzeżączkę pochwy i sromu. W drugim przypadku odnoszącym się do osoby 17-letniéj skarżącéj się o zgwałcenie, stwierdzeno obok innych niecharakterystycznych gonokoki w nielicznéj ilości, które znowu przyrodę cierpienia rozjaśniły. Na zasadzie tych przypadków dochodzi K. do następujących wniosków: 1) w przypadkach cierpień narządów rodnych kobiety występujących po zgwałceniu tylko badanie bakteryjologiczne rozstrzyga, czy *vulvo-vaginitis* jest następstwem urazu, czy infekcyi, 2) Dodatni wynik tego badania dowodzi, że choroba jest rzeżączką i że (z wykluczeniem nielicznych przypadków) tylko drogą spółkowania nabytą została. 3) Wynik ujemny tego badania nie uprawnia do wykluczenia rzeżączki i odbytego spółkowania jako jedynéj prawie sposobności do jej nabycia, lecz skłaniać powinien do ścisłych i dokładnych badań dalszych. Daléj zwraca uwagę K., że był w stanie wykazać gonokoki nawet w plamach na bieliźnie od ropy rzeżączkowéj pochodzących przez zeskrobanie tych plam na szkiełko przedmiotowe i zwilżenie wodą. Do barwienia gonokoków zaleca najbardziej błękit metylenu. W końcu sądzi, że należałoby w przypadkach odpowiednich zawsze przedkładać sądowi mikrofotogramy znalezionych mikrobów, podobnie jak to czynią chemicy sądowi z zwierciadłami arsenowemi. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Woch.* 1890) *Dr. Wachholz.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Guttmann w Berlinie kontrolował badania Liebmanna z Tryjestu, który we krwi leczonych środkiem Kocha znajdował prątki gruźlicze. Wspólnie z Ehrlichem i innymi badał krew u 28 chorych leczonych wstrzykiwaniami zupełnie w ten sam sposób, jak te badania przeprowadzał Liebmann i to w czasie reakcyi po injekcyjach, względnie jeszcze późniéj podczas trwania gorączki. Z krwi każdego chorego przygotowywano dwa preparaty, z których każdy był przeglądany należycie przynajmniéj przez dwóch, większa część przez trzech, czterech, a nawet pięciu badających. Wynik był ten, że w żadnym preparacie nie znaleziono ani jednego prątka gruźliczego. (*Wien. med. Blätter*, Nr. 6).

Wstrzykiwania surowicy krwi psiéj w leczeniu gruźlicy płuc.

W zeszłym roku ogłosił Richet szereg badań nad działaniem szczepienia czystych hodowli *Staphylococcus pyosepticus* u psów i królików. Podczas gdy króliki po takiem zaszczepianiu bez wyjątku ginęły, okazały się psy dla tych bakteryj odpornemi. To doprowadziło R. do rozszerzenia swych badan w tym kierunku, że wprowadzał krew z psów królikom do jamy brzusznéj i okazało się, że takie króliki szczęśliwie przebyły infekcyję powyższym zarazkiem, pod czas gdy zwierzęta użyte do kontroli ginęły w ciągu 48 godzin. Spostrzeżenie to nasunęło Richetowi przypuszczenie, że wstrzykiwania krwi zwierząt odpornych wobec jadu gruźliczego u zwierząt nieodpornych może zmniejszyć skłonność do zakażenia się tą chorobą. W tym celu wykonał następujące doświadczenia: 10 królikom wprowadził do jamy otrzewnowéj krew z psa (który, jak wiadomo, mało jest skłonny do zakażenia się gruźlicą) i następnie zaszczepił im czystą hodowlę prątków gruźliczych, 10 innym zaszczepił same hodowle, nie wstrzykując im krwi. Po 3 miesiącach zwierzęta z pierwszego szeregu przybrały na wadze, miały się bardzo dobrze, podczas gdy drugie wychudły, a niektóre już zginęły. Po 6 miesiącach króliki obydwóch seryj były prawie równo dotknięte gruźlicą. W każdym razie jednorazowe zastrzyknięcie krwi opóźniło znacznie rozwój choroby

Opierając się na tych spostrzeżeniach, starał się Richet badania te zastosować w terapii gruźlicy u człowieka i otrzymanemi wynikami podzielił się dnia 24 stycznia b. r. w *Société de biologie* w Paryżu. Do wstrzykiwań używa surowicy krwi zbieranéj aseptycznie wprost z tętnicy psa do małych szklanych rurek, które się prędko zalutowywa. Co 3 lub 4 dni wstrzykuje się chorym gruźliczym pod skórę 1—2 cm. sz. téj surowicy za pomocą strzykawki Pravaza. Objawów nieprzyjemnych, gorączki, adynamii, ubytku wagi ciała itd. nie zauważa się. W czterech przypadkach tą metodą leczonych nastąpiło polepszenie objawów płucnych i krtaniowych i ulga w objawach podmiotowych.

Nie wdając się bliżéj w sposób działania surowicy, sądzi tylko Richet, że surowica krwi z psa zawiera pewne istoty, które w tkankach osób gruźliczych zostają złożone i tu przez właściwy im wpływ chemiczny przeszkadzają rozwojowi prątków.

Rindfleisch (Würzburg) podaje wynik dokładnego badania histologicznego jelita, w którem po dwóch miesiącach stosowania limfy Kocha znalazł wrzody gruźlicze w okresie gojenia. Przytem R. zwraca przedewszystkiem uwagę, że tego rozległego gojenia się wrzodów jelitowych nie można uważać za przypadkowe, gdyż w 4 przypadkach badanych znajdował je trzy razy. Proces gojenia się wychodzi z otoczenia wrzodu, gdzie występuje zapalenie ostre, oddzielające części obumarłe, na których miejscu powstaje białawo-szara blizna, nadzwyczaj gruba. Na podstawie badań histologicznych przychodzi R. do wniosku, że limfa Kocha pozbawia prątki gruźlicze ich własności, nie dozwalającéj tkance granulacyjnéj przejść zwykłe okresy aż do wytworzenia włóknistéj tkanki łącznéj. Odmiennie więc nieco od zapatrywania samego Kocha sądzi R., że limfa w rozcieńczeniu nie nekrotyzuje, lecz czyni tkanki odpornemi wobec jadu gruźliczego. (*Deutsche med. Wschft.*, Nr. 6).

W Towarzystwie lek. Charité przedstawiał Sonnenburg chorych, u których stósował chirurgiczne leczenie jam płucnych, połączone z wstrzykiwaniami szczepianki Kocha. Wyniki tego leczenia są następujące: w pierwszych dniach po otwarciu kawerny, szczególnie po rozpoczęciu wstrzykiwań, powiększają się jamy, ściany i przegrody ulegają rozpadowi, jamy zlewają się. Wydzielina staje się coraz więcéj ropną, a po kilku tygodniach jama przybiera wejrzenie zdrowéj jamy granulacyjnéj. Badanie kontrolujące u chorego, u którego po otwarciu jamy z powodu pojawienia się krwioplucia wstrzykiwań zaniechać musiano, pouczyło, że samo otwieranie kawern bez leczenia kochiną takiego wpływu nie wywiera. Kurczeniu się jam towarzyszy zmniejszanie się ilości plwocin, które stają się śluzowemi i zawierają bardzo mało prątków. Również i komunikacyja jam z oskrzelami zmniejszała się coraz bardziéj. Ani w otoczeniu jam, ani też w ranie saméj nie występowały nowe gruzełki. Co się tyczy wskazania dla chirurgicznego leczenia, to zwraca S. uwagę, że nie należy jéj stosować wobec gruźlicy daleko posuniętéj. Możliwość zupełnego wyleczenia jamy płucnéj uważa S. jako pewną i jakkolwiek operacyja sprawy chorobowéj nie usuwa, to niszczy główne jéj ognisko i to w sposób nie niebezpieczny. (*Tamże*).

Schimmelbusch badał tkanki gruźlicą dotknięte w różnych okresach leczenia metodą Kocha. Na podstawie tych badań dochodzi do wniosku, że w tkankach tych przychodzi do zapalenia nie mającego cechy ropnéj, jak podaje Kromeyer, lecz głównie połączonego z wytworzeniem wypociny włóknikowéj. Środek Kocha, zdaniem S., sprowadza zapalenie wypocinowe, które może rozpad przyspieszyć, względnie masy nekrotyczne oddzielić; injekcyje same jednak nekrozy, jak twierdził Koch, nie wywołują. (*Tamże*).

Neumann i Schwerin (Berlin) spostrzegali pomiędzy 55 osobami leczonemi środkiem Kocha 18 razy brak gorączki reakcyjnéj, pomiędzy temi 8 razy u osób niewątpliwie gruźliczych. Jako przyczynę braku reakcyi uważają autorowie: za małe dawki, szybki przebieg choroby, w niektórych przypadkach kacheksyję. (*Tamże*).

Jako nieprawidłowe objawy występujące po wstrzykiwaniach środka Kocha wylicza Auerbach z Kolonii: Długotrwający okres utajony, zmienność czasu trwania gorączki, niestosunek między wielkością dawki a siłą reakcyi. (*Tamże*).

Irsai (Budapeszt) opisuje spostrzeżenia przypadków gruźlicy płuc i krtani, w których pod wpływem injekcyj nastąpiło polepszenie, jakoteż podaje wynik dwóch sekcyj, z których nic charakterystycznego przytoczyć się nieda. (*Tamże*).

Schrötter w wykładzie swym wyrażał się o działaniu środka Kocha jak następuje: Co do wartości rozpoznawczéj wyniki badań licznych uważać należy jako ujemne, gdyż często w notorycznych przypadkach gruźlicy brak reakcyi, podczas gdy występuje czasem u osób zdrowych. Wartość lecznicza w gruźlicy płuc i krtani także jest nieznaczna. W żadnym przypadku nie widział S. wyleczenia, w żadnym nawet wyraźnego polepszenia. Następnie omawiał S. niebezpieczeństwa grożące chorym wskutek wstrzykiwań. Z drugiéj strony działanie lecznicze środka Kocha wobec liszaja lub wrzodów jelitowych jest tak widoczne, że odkrycie Kocha pozostaje dla nas wciąż zagadką. (*Wien. med. allg. Ztg.*, Nr. 5).

W Akademii medyczno-chirurgicznéj w Neapolu zdawali dnia 25 stycznia sprawę ze spostrzeżeń swych nad działaniem limfy Kocha profesorowie: de Renzi (II. klinika lekarska), Cantani (I. klin lek.), Galozzi (klin. chirurg.), de Amicis (chor. skórn. i wener.) i Massei (chor. krtani), a na podstawie tych sprawozdań Akademija na wniosek prof. Armanna uchwaliła: „Akademija przychodzi do wniosku, że spostrzeżenia dotąd poczynione nie upoważniają do zaniechania stosowania limfy Kocha, lecz owszem zachęcają do dalszego studyjowania wpływu leczniczego tego środka“. (*Riforma med.*, Nr. 23).

Maragliano (Genua) uważa gorączkę reakcyjną nie jako następstwo rozpadu tkanki gruźliczéj, lecz jako oddziaływanie układu nerwowego, głównie naczynioruchowego i troficznego. Gorączka jest tem wyższą, im organizm jest odporniejszy. Ponieważ i zdrowe osoby mogą reagować, przeto M. uważa wartość rozpoznawczą środka Kocha jako niepewną. Reakcyja miejscowa może powstawać także wobec innych spraw lokalnych np. kiłowych. Co się tyczy wyników leczniczych, to czas stosowania jest za krótki, aby można ostateczne zdanie wypowiedzieć. M. wyraża obawę, że w gruźlicy płuc ogniska mogą rozmiękać i dać powód do rozszerzenia się sprawy gruźliczéj w tkankach dotąd zdrowych. (*Tamże*).

Verneuil wyraża się o wartości rozpoznawczéj i leczniczéj środka Kocha bardzo sceptycznie i używałby go

jedynie u królików i świnek morskich; jestto — mówi V. — Sedan na polu naukowem. Autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Działanie kochiny jest niepewne, nieregularne i ma tylko bardzo względną wartość rozpoznawczą; 2) jeżeli reakcyja występuje, to polega ona na tem, że zmiany przedtem istniejące się pogarszają na sposób niektórych jadów działających na *locus minoris resistentiae*; 3) pogorszenia tego nie można naprzód ocenić i dla tego może ono pociągnąć za sobą przykre następstwa, a nawet śmierć; 4) zastosowanie w celach rozpoznawczych mogłoby — wobec znacznych niebezpieczeństw — tylko wtedy być uzasadnione, gdyby było niezbędne, co jednak nigdy się nie zdarza. W znacznie większéj liczbie przypadków jest ono zupełnie zbyteczne dla rozpoznania, które przy obecnych środkach badania klinicznego i bakteryjologicznego łatwo rozstrzygnąć można; 5) zresztą lepsze jest, zdaniem V., dla chorego niepewne rozpoznanie, niż ścisłe, które nie przynosi ze sobą ani wskazania ani środków dla zastosowania odpowiedniéj terapii. (*Bulletin médical*, 21 stycznia, 1891).

Boinet i Jeamel opisują przypadek, w którym gruźlica ograniczona bezgorączkowa pod wpływem szczepianki Kocha zamieniła się na *phthisis florida* połączoną z gorączką, i który wskutek silnego krwotoku zakończył się śmiercią. Przypadek ten tyczy się silnego młodzieńca 21-letniego, dziedzicznie nie obciążonego, dotkniętego nieznacznemi zmianami. Po pierwszéj injekcyi 0·001 limfy nastąpiła reakcyja, a w 3 dni pojawiło się krwioplucie, które po kilku dniach kilkakrotnie się pojawiało i sprowadziło zejście śmiertelne. Sekcyja wykazała starą jamę w szczycie prawym o grubych ścianach, w płacie środkowym ogniska zapalne, dające obraz *broncho-pneumonia gangraenosa*, a jeszcze w takiem ognisku znajdowała się jamka wypełniona krwią. Prócz tego porozrzucane były w płucu *tubercula submiliaria*. (*La Semaine médicale* Nr. 4).

Amann opisuje wpływ szczepianki Kocha na prątki w plwocinach zawarte. Plwociny same ulegają uderzającym zmianom; ilość ich się zwiększa jak również i ilość prątków wzrasta. Zachodzą też zmiany w postaci prątków, które rozpadają się na mikrokoki lub bezkształtne grudki. Oprócz tego właściwa zabarwionym prątkom gruźliczym odporność wobec środków odbarwiających była w niektórych przypadkach znacznie osłabioną. W 40% przypadków ilość włókien elastycznych w plwocinach wzmagała się. (*Centralblatt f. Bakt. u. Parasitenkunde* Nr. 1). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Dok. Patrz Nr. 7).

Dla wykazania wartości téj lub innéj teoryi należałoby było poddać badaniu drobnowidowemu wydzieliny chorych i produkty hodowli chorobotwórczych drobnoustrojów, na co nieszczęściem warunki miejscowe wcale nie pozwalały. Co więcéj cholera do Syryi dostała się z Mezopotamii, a do téj ostatniéj z Bassory i Bagdadu. Wątpić więc o jéj naturze indyjskiéj było niepodobieństwem przez sam wzgląd na szereg bardzo cechujących i prawdziwie klinicznych objawów, którym ulegały zarówno osoby o wątłéj budowie ustroju, jak i ludzie dobrze odżywieni i silnie zbudowani.

Na téj to scenie domysłów, sławnéj szermierki i wytrwałych usiłowań władzy w zastosowaniu środków ochronnych odegranie najwydatniejszéj roli przypadło jednemu z naszych ziomków-kolegów, mianowicie Drowi J. Zakrzeskiemu w Aleppo. Miło mi też na tych ulotnych kartkach moich wspomnień fachowych zapisać nazwisko człowieka, któremu całe masy ludności, przerażone szerzeniem się zarazy, złożyły jawny dowód nieograniczonéj wdzięczności. Wychowaniec naszéj prastaréj „Almae matris“, dr. Zakrzeski, zakosztowawszy wygód, jakie daje stanowisko lekarza powiatowego w Galicyi, wyjechawszy na wschód osiadł w Aleppo. Wykształcony, zdolny i pełen gorliwości w niesieniu pomocy cierpiącym, wkrótce zdołał zmiażdżyć intrygi domorosłych praktyktów i dobiwszy się wydatnego stanowiska został właścicielem dwóch aptek, a oddawszy się bezinteresownemu leczeniu w czasie ostatniéj epidemii cholery w Aleppo zasłużył sobie na szczere i wszechstronne uznanie. Cześć więc koledze, co dbały o dobre imię lekarza-polaka na tureckim wschodzie, swem bezinteresownem poświęceniem się zdołał podnieść zachwiane tu nieco nasze znaczenie.

Gdy zaś wskutek rozwleczenia się cholery do bardzo licznych miejscowości można je uważać za ogniska, z których zaraza prawdopodobnie posunie się daléj ku północy z nastaniem tegorocznych upałów, zwrócę się teraz do omówienia dróg i środków, jakich z inicyjatywy samego sułtana użyto w celu polepszenia warunków higienicznych tak w saméj nadbosforskiéj stolicy, jak i w główniejszych miastach na prowincyi. Do uzupełnienia bowiem studyjów nad epidemijologiją Wschodu, uważam za konieczne notowanie każdego faktu, tchnącego choćby najlżejszą ideą postępu. Że zaś wątek do téj kwestyi znajduję dość obfitym, więc też przedstawić ją zamierzam w całéj wschodniéj wzorzystości.

Znający Carogród przed ćwierć wiekiem i odwiedzający go dzisiaj spostrzeże bardzo wielką i uderzającą różnicę. Turysta, estetyk, przyklaśnie z pewnym zapałem wspaniałym o ciekawych kształtach budowlom, wzniesionym na miejscu dawnych paropiętrowych domów, zbitych z cienkich deszczułek, dla swéj chwiejności nazywanych „pudełkami na zapałki“. Zainteresują go założone na miejscu dawnych muzułmańskich cmentarzy ogród spacerowy i skwery, z których mniéj powabny ma się wprawdzie widok, ale za to po planie i rozkładzie spostrzega się wszędzie rękę zachodniego postępowca. Technik stanąwszy na rogu ulicy lub na jednym z końców długiego żelaznego mostu na „Złotym-rogu“, usłyszy świst lokomotywy i nawoływanie woźnicy, a okiem znawcy oceni tak niesumienną budowę kolei żelaznéj, jak i niebezpieczne i źle obliczone linije zwrotów na tutejszych „tramwayach“. Potrzebujący napojów orzeźwiających prócz nieszczególnéj jakości wody, drogą kanalizacyi sprowadzonéj aż z jeziora Derkos nad morzem Czarnem, znajdą tu piwiarnie „a la viennoise“, budki z wodą sodową, cukiernie, mleczarnie, lodownie i wreszcie owe pokątne zakłady, w których przemyślny grek przerabia produkty otrzymane z pierwszéj ręki na bardziéj dostępne dla szerszego koła konsumentów! A lekarz-higijenista? Jeżeli pozostanie w granicach zakreślonych zwykłemu turyście, to prócz zachwytu, jakiemu ulegnie wobec nieporównanie wspaniałéj tutejszéj panoramy i po przekonaniu się o niezwykłéj drożyźnie obok natrętctwa peróckich pośredników, żadnego głębszego nie wyniesie ztąd wrażenia. Lecz gdy z zawodowego punktu widzenia zechce wniknąć w szczegóły tutejszego ustroju zdrowotnego, wtedy bezwarunkowo podzieli powszechnie utrzymujące się tu zdanie, że pod względem ogólnéj higijeny i zastósowania środków ochronnych przeciwko szerzeniu się chorób zakaźnych, nietylko wiele tu pozostaje do zrobienia, ale że i wszystko dotychczas przeprowadzone musi uledz rdzennéj zmianie, jeżeli organa powołane do czuwania nad zdrowiem publicznem mieć zechcą na celu sumienne spełnienie ich zadania, a nie samą formalność tylko. Bo nie wystarczą tu rozkazy słane co chwila z wyżyn dzisiejszéj rezydencyi sułtańskiéj. Jakkolwiek tchną one istotnem ocenieniem sytuacyi zdrowotnéj kraju i prawdziwą pieczołowitością nad jéj polepszeniem, to jednak w ich praktycznem zastosowaniu spotykają najczęściéj trudne do usunięcia miejscowe przeszkody.

Nie wielką też korzyść ogólnéj higijenie naszych miast przynieść zdołają i najrozmaitsze komisyje, powstające prawie co tydzień, jakby prawdziwe grzyby po deszczu zbierane, deliberujące, rozpędzane i znowu powoływane do dania fachowych rad, których spisana treść mogłaby już posłużyć do ułożenia pokaźnego tomu! To też, aby można tu było zanotować istotny postęp w kwestyi tak ważnéj, jak polepszenie warunków ustroju zdrowotnego, potrzeba tak groźnie silnego

bodźca, jak dżuma lub cholera, aby ze znacznych dochodów, jakiemi rozporządzają władze miejskie, poświęcić choćby cośkolwiek na rzecz ogólnego dobra. Aby to udowodnić, wypada mi uwydatnić tak czynności urzędów sanitarnych już istniejących, jak również i tych, które wobec grożącego z trzech stron niebezpieczeństwa, świeżo powołano do obmyślenia i wskazania środków ochronnych, jakie na razie uznano za niezbędne.

Prócz więc podanego już elaboratu najwyższéj rady zdrowia, dotyczącego pielgrzymów powracających z Mekki, prócz zwykłych kwarantanowych ostrożności przeciwko przybyszom z Hiszpanii i łańcucha straży sanitarnych od strony Mezopotamii i Kurdystanu, w saméj nadbosforskiéj stolicy pod wrażeniem rozwlekania się zarazy i naciskiem sułtańskich rozkazów, rozpoczęła się również bardzo raźna krzątanina. Wszakże pomimo istniejących tu już najwyższéj rady zdrowia i rady higienicznéj przy szkole lekarskiéj, obu czynnych we właściwych sobie zakresach, i tym razem nie mogło się obejść bez utworzenia nowych komisyj. Więc też i do tak już rozgałęzionych czynności ministra spraw wewnętrznych (w chwili otrzymania wiadomości o wybuchu cholery w Mekce) przyłączono nową jeszcze radę sanitarną, złożoną z najwydatniejszych tu osobistości fachu i zarządu miejskiego. Samo zaś zadanie, jakie ta komisyja podjęła się spełnić, jest następujące: Oczyszczeaie przedmieścia Kassym basza, Beszyklaszu i Orlakiéj, przedewszystkiem zaś poprawienie w pierwszem kanału, odprowadzającego nieczystości, choć już dawno uznanego za ognisko zaduchowe, za istotny zbiornik zaczynów zakaźnych, to jednak i dzisiaj, jakoby z braku czasu, pozostawionego pod powierzchownem pokryciem go deskami, częste czyszczenie ustępów przy meczetach, karawan-serajach, łaźniach publicznych i t. p. i codzienne rzucanie do nich odpowiedniej ilości wapna i wody, wzbronienie zbytecznego natłoku przyjezdnych w hotelach i „hanach“, usuwanie stert nieczystości i istot organicznych rozkładowych z ulic, placów publicznych i zaułków, z obowiązkiem wyrzucania odpadków do morza, srogi zakaz sprzedaży niedojrzałych owoców i innych produktów szkodliwych dla zdrowia, wreszcie zastosowanie wszystkich innych higienicznych środków.

Jak widzimy, program czynności nowej komisyi został dość dobrze i praktycznie określonym. Lecz idźmy jeszcze daléj. Otóż zarząd szóstego okręgu stolicy, do którego należą dzielnice zwane Pera i Galata, a zatem zamożniejszy od innych, zdecydował się zaimponować swym kontrybuentom czynem prawdziwie wspaniałomyślnym. Powołano bowiem aż trzydziestu lekarzy i powierzono im czuwanie nad higienicznym porządkiem w odpowiednich obwodach, na jakie okręg podzielono, że jednak należało wpisać do miejskiego budżetu cyfrę, przechodzącą trzysta lirów tureckich, potrzebną co miesiąc na opłatę lekarzy, więc też radzcy miejscy zarezerwowali sobie prawo co najrychlejszego zwinięcia téj fachowéj instytucyi, potrzebnej ich zdaniem tylko na czas trwania cholery w dalszych prowincyjach tureckiego wschodu. Jakiekolwiek więc są usiłowania lekarzy w celu polepszenia warunków higienicznych w okręgu, to przeprowadzenie czegoś korzystnego staje się rzeczą niepodobną z powodu krótkości czasu, a niemniéj też i wątłości rozporządzalnych środków. W każdym jednak razie, gdy zaraza choć jeszcze w oddali zechce potrwać czas pewien, to ostatecznym rezultatem czynności lekarzy miejskich będzie szczegółowe zapoznanie się z niedostatkami w każdym zakątku, których pomijanie jako coś uświęconego tradycyją miejskich nieporządków wpływa stanowczo na pogorszenie ogólnego stanu zdrowia mieszkańców i wcześniéj czy późniéj narazi na dotkliwszą stratę, aniżeli tyle straszne pożary tutejsze. Co więcéj do pośrednictwa lekarzy odwołał się tylko jeden z większych i zamożniejszych okręgów miejskich, podczas gdy w innych ograniczono się do wydania rozporządzeń, nad których wykonaniem mają czuwać strażnicy magistratu. W istocie też dowodem czujności tych ostatnich było przeprowadzenie przeglądu targowisk jarzyn i owoców i wyrzucanie do morza wszystkiego, co znaleziono niedojrzałem. W rozwoju zaś téj higienicznéj pieczołowitości posłużył przykład dany przez dyrekcyję tutejszéj komory celnéj. Wiadomo, że w tej tu tak powikłanéj administracyi dochodów bezpośrednich prócz najrozmaitszéj kategoryi urzędników, mniéj lub więcéj dostatnich, najbardziéj ruchliwe ogniwo stanowią tragarze zwani „hamalami“. Są to przeważnie mieszkańcy tureckiéj Armenii, żywioł surowy, brudny, lecz ludzie silnie zbudowani i zdrowi, pomimo bardzo szczupłéj racyi dziennego posiłku, przepędzający noce na poddaszu nędznych „hanów“ i nie będący wybredni co do jakości strawy, żywiący się wszystkiem, co im wpadnie pod rękę. Jakkolwiek potwierdzono doświadczeniem, że w czasie ostatniéj tu epidemii cholery żaden z „hamałów“ nie uległ zarazie pomimo nadzwyczajnéj jéj energij i pomimo, że tragarzy używano do zbierania z ulic nieszczęśliwych ofiar zarazy, to jednak tym razem schlebiając niejako modzie zastosowywania higienicznych ostrożności, surowo zabroniono „hamałom“ karmienia się niedojrzałemi lub zepsutemi owocami! Środek ten należy uznać jako bardzo na czasie, jakkolwiek nie wyda żadnych rezultatatów. I byłoby daleko praktyczniejszem, gdyby dyrekcyja komory celnéj, jeżeli już podjęła się czuwać nad zdrowotnością pierwiastku roboczego tak dla niéj ważnego, zechciała przeniknąć do ciemnych zaułków, gdzie w licznych nędznych kawiarenkach żyje, roi się i wypoczywa ta jedynie tu pracowita klasa mieszkańców Bo w takich to właśnie zakątkach, między stertami gnojowisk i wyciekami z ustępów zwykły się tworzyć najszkodliwsze ogniska chorób zakaźnych. Wprawdzie radykalne ich usunięcie pozostanie zawsze trudnem, a niemniéj też i dążenie do złagodzenia ich energii wtedy tylko znajdzie praktyczne zastósowanie, gdy opiekunów zdrowia publicznego w stolicy nadbosforskiéj będzie zagrzewać choćby tylko zdala widmo zarazy takiéj doniosłości, jaką jest właśnie trwająca dotąd epidemija cholery w prowincyjach tureckiego Wschodu.

Wspomniałem już, że tworzenie oddzielnych komisyj w każdej groźniejszéj okoliczności jest zwyczajem sfer rządzących w Turcyi. Czy to więc idzie o nadanie koncesyi jakiemuś przemysłowcy, czy o pospieszenie z pomocą tak tu licznym pogorzelcom, czy tez o określenie środków szerszego higienicznego zakresu, każdym bezwarunkowo razem przygotowanie elaboratu powierza się wyłącznym radom, złożonym z ludzi może i ożywionych najlepszemi chęciami, lecz najczęściéj nieposiadających fachowych podstaw, niezbędnych do ocenienia kwestyi w sposób mniéj lub więcéj decydujący! System ten, jeżeli już i nie ubliża powadze najwyższego urzędu zdrowia i radzie higienicznéj przy szkole lekarskiéj, to bez zaprzeczenia ścieśnia i ubezwładnia do wysokiego stopnia ich zadanie. Podobnie więc, jak w każdéj innéj działalności dotyczącéj ogólnych spraw państwowych, wszystko zależy od decyzyi nadesłanéj z kancelaryi sułtańskiéj, tak też i w wyborze dróg do zapoznania się z higieniczną nędzą w kraju i dążeniami ku jéj polepszeniu nie może się obejść bez odczucia wpływu jednego z najbardziéj uwierzytelnionych dygnitarzy pałacowych. Dla przeprowadzenia też wszelkiego projektu potrzeba koniecznie zwrócić nań uwagę Padyszacha Otóż w kwestyjach, dotyczących ogólnych spraw zdrowotnych, pośrednikiem takim jest tu dr. Mawroyeni basza, przyboczny lekarz sułtański, inspektor szpitali i t. d., człowiek istotnie fachowo wykształcony i cieszący się pełnem zaufaniem panującego. Umiejętnie więc zużytkowując tak korzystne położenie, działając piórem i słowem, zdołał on już przeprowadzić tu pewne reformy. Stale zaś przekonany o potrzebie zapoznania tak szerszych sfer lekarskich, jak i władzy z ustrojem zdrowotnym nie tylko stolicy i większych miast, ale i odległych nawet prowincyj, tak usilnie zajął się kwestyją higienicznego ich zbadania, że zwalczywszy opór niechętnych, wydobyć zdołał reskrypt sułtański, zezwalający na wysyłanie do rozmaitych prowincyj ukwalifikowanych lekarzy, w celu oznaczenia ognisk chorób zakaźnych, zbadania podstaw, dotyczących ustroju zdrowotnego i, bez ścieśniania się czasem lub formalnościami, przesyłania specyjalnych sprawozdań bezpośrednio do kancelaryi sułtańskiej. Dzięki więc podobnéj inicyjatywie dla naszych tu młodszych kolegów przedstawia się bardzo obszerne pole do studyj w, które jeżeli tylko zostaną sumiennie przeprowadzone, zapoznają z niejednym epi-

demijologicznym szczegółem, rzucą jaśniejszy promyk na ogólną służbę zdrowia, a z czasem przyczynią się do wprowadzenia ulepszeń, wymaganych przez postęp w załatwianiu spraw zdrowotnych.

Tymczasem cholera trwa daléj. Chłodniejsza nawet pora roku nie zdołała złagodzić jéj siły i przygasić ogniska, w których już poprzednio grasowała. W chwili bowiem, gdy kończę powyższy rozdział, zaraza wybuchła ponownie w okolicach Diarbekiru w miejscowości zwanéj Czermik. A nowych kilka przypadków cholery zauważanych w Tripoli (Syryja) ponownie zmusiły do obostrzenia złagodzonych nieco środków ostrożności. Jakiekolwiek zaś prądy kierują zarazą, widocznem jest, że postępuje ona stale na północny zachód, grożąc tak stolicy nadbosforskiéj jak i staréj Europie. Czas jéj trwania i możność dalszego postępu mogą być jeszcze wzmocnione ponowną tegoroczną już pielgrzymką mahometan do Mekki i innych świętych miast Islamu. I jakkolwiek ćwierć wieku upłynęło już od ostatniéj epidemii cholery w Carogrodzie i okolicy, to jednak ów mitologiczny niejako miecz Damoklesa wiszący od tak dawna nad niepoprawnemi tutejszemi warunkami zdrowotnemi, może wreszcie dać się uczuć. Albowiem i teraz, pomimo tak jawnego niebezpieczeństwa, trwa daléj rozrywka bawienia się w tworzenie komisyj tylko i jedynym faktem pieczołowitości higijenicznéj jest wysłanie kilku lekarzy do lazaretu na wyspę Kameran. Z czem zaś groźniejszym spotkamy się z nastaniem tegorocznéj wiosny? na to odpowiem w przyszłości.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rozporządzenie c. k. Ministerstwa Oświaty wprowadzające systematyczną naukę higijeny w ogóle, a higijeny szkolnéj w szczególności w szereg przedmiotów, objętych planem nauk w seminaryjach nauczycielskich męskich i żeńskich.

Najwyższem postanowieniem z dnia 9 czerwca 1873 roku zobowiązano nauczycieli ludowych do zaznajomienia się z zasadami higijeny i do przestrzegania tych zasad nietylko wobec uczniów, lecz nadto do wpływania w tym kierunko na dom i rodzinę. Według normalnego planu nauk z roku 1874 należy dzieciom przyswajać wiadomości o ludzkim ustroju i o pielęgnowaniu tegoż, w tym też celu zawierają dozwolone książki do czytania, przeznaczone nawet dla klas najniższych, artykuły odpowiedniéj treści. Plan nauk dla szkół średnich z dnia 2 maja 1883 r. wymaga nadto pouczania o niesieniu pomocy w przypadkach nagłych nieszczęść.

Plan nauk dla seminaryjów nauczycielskich wyznacza wśród nauk przyrodniczych osobne godziny, celem udzielania uczniom wiadomości z zakresu higijeny i somatologii; przepisy egzaminacyjne z dnia 31 lipca 1886 wymagają od kandydatów na nauczycieli dowodu znajomości z zakresu higijeny szkolnéj.

Aby dla przepisów odnoszących się do higijeny szkół stworzyć należytą podstawę, rozporządza JE. Pan Minister, iż od początku roku szkolnego 1891—1892 ma się w seminaryjach nauczycielskich odbywać systematyczna nauka higijeny i somatologii wśród godzin przeznaczonych dla nauk przyrodniczych, a naukę przedmiotów w mowie będących powierzyć należy szczególnie ku temu uzdolnionym lekarzom.

Według powyższego rozporządzenia uzupełniony statut organizacyjny seminaryjów nauczycielskich wymaga tedy, aby uczono: w I. roku:

w 1-ém półroczu zoologii w dwóch godzinach tygodniowo (uczyć ma jak dotąd nauczyciel tego przedmiotu);

w 2-em półroczu w dwóch godzinach tygodniowo: o budowie, czynnościach i wzroście ciała ludzkiego, przyczem nacisk kłaść należy na higijenę wogóle, higijenę szkolną w szczególności, jak niemniéj na wskazówki do niesienia pomocy w przypadkach uszkodzeń ciała (uczyć ma szczególnie ku temu uzdolniony lekarz).

W IV. (najwyższym) roku:

w 1 em półroczu w jednéj godzinie tygodniowo: powtarzanie nauki somatologii, któréj uczono w drugiem półroczu I. roku; higijena szkolna według przepisów szkolno-sanitarnych, obowiązujących w szkołach ludowych każdego kraju (uczyć ma lekarz do tego szczególnie uzdolniony);

w 2-em półroczu w jednéj godzinie tygodniowo: szczegółowa metodyka nauk przyrodniczych według planów nauk obowiązujących w tym kierunku w poszczególnych krajach, przyczem należy zwracać uwagę kandydatów na odpowiednie i polecenia godne pisma dla młodzieży; powtarzanie przedmiotu i ćwiczenia w oznaczaniu (uczyć ma jak dotąd nauczyciel tego przedmiotu).

W świadectwach z odnośnych półroczy (to jest I. roku 2 półrocza i IV. roku 1 półrocza) ma w stósownéj rubryce dla nauk przyrodniczych umieszczać oceny nauczyciel lekarz, który również jako nauczyciel w IV. roku ma brać udział w egzaminowaniu wśród egzaminu dojrzałości stósownie do istniejących w téj mierze przepisów, jakkolwiek lekarz nie nabywa wskutek tego charakteru zwyczajnego członka komisyi egzaminacyjnéj. Kierownicy seminaryjów nauczycielskich i inspektorowie szkół mają według potrzeby uczącemu lekarzowi udzielać wskazówek w sprawach, odnoszących się do nauki wychowania i oceniania (klasyfikacyi), mają nadto baczyć, aby tenże stósował przedmiot nauczany do poziomu naukowego uczniów i do ich pojęć, aby przedewszystkiem uwzględniał szczególne zadanie tych zakładów unikał przeciążania kandydatów, a wreszcie, aby w ocenianiu klasyfikacyi przestrzegał należytéj miary. JE. Pan Minister żąda, aby zmiany powyższe wprowadzono na razie tylko w tych seminaryjach, gdzie są lekarze miejscowi, którzyby byli należycie uzdolnieni do podjęcia tego zadania, którzyby nadto za honorowym ryczałtem 100 do 150 złr. rocznie wypełniali to zadanie.

Dr. J. S.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 lutego. Ankieta ponowna, o której wspomnieliśmy w tygodniu przeszłym, odbyła się we Lwowie w Namiestnictwie d. 14 b. m. Brali w niej udział: ze strony Wydziału krajowego: Dr. Hoszard, dyrektor szpitala Dr. Głowacki i inspektor szpitali krajowych Dr. Stella Sawicki; ze strony Wydz. lek. Uniw. Iagiell. proff. Korczyński i Browicz; ze strony Uniwersytetu lwowskiego prof. Radziszewski; następnie ze strony rady m. Lwowa Dr. Krówczyński; Tow. lekarzy galicyjskich reprezentował prymaryjusz Dr. Ziembicki, Radę zdrowia prezes jéj prof. Czyżewicz; wreszcie ze strony Namiestnictwa protomedyk Dr. Merunowicz i radzca budown. Braunseis. Wynikiem narad było co następuje:

1) Wydział krajowy oświadczył gotowość wzięcia klinik w zarząd kraju, jeżeli sejm na to się zgodzi.

2) Budujący się zakład dla położnic Wydział krajowy rozszerzy tak, aby w nim i zakład ginekologiczny mógł się mieścić.

3) Za odpowiednią subwencyją ze strony Rządu Wydział krajowy wystawi dwa budynki dla kliniki wewnętrznéj i chirurgicznéj, każdy po 50 łóżek.

4) Budynek dla 8 zakładów nieklinicznych wystawi Rząd kosztem $^1/_2$ miliona złr.

W końcu ankieta wyraziła życzenie, aby gmina miasta Lwowa zamiast ofiarowanego pod budowę zakładów gruntu na ul. Piekarskiéj udzieliła gruntu odpowiedniejszego. (*Gaz. Lw.*)

* Na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiej. w Krakowie, odbytem d. 20 stycznia rb., prof. Dr. Szajnocha miał rzecz o źródłach mineralnych Galicyi. Praca ta odesłaną została do komitetu redakcyjnego.

* Na posiedzeniu Tow. lek. w dniu 18 b. m. odbytem wybrano jednogłośnie kol. Karpińskiego członkiem Tow.: przyjęto jednogłośnie wniosek kol. Domańskiego w sprawie administracyjnéj. Kol. Gabryszewski przedstawił 3-ch chorych z klin. chirurg., jednego z raną postrzałową w szyję, dwóch z ranami postrzałowemi w klatkę piersiową. W dyskusyi zabierali głos koll. Obaliński, Wilkosz, Rydygier i prelegent. Następnie przedstawiali proff. Rydygier i Obaliński wyniki lecznicze płynem Kocha a prof. Korczyń-

ski jego działanie fizyjologiczne i wyniki lecznicze u chorych. Wreszcie kol. Hempel przedstawił preparaty ze zwłok chorej, zmarłej w klin. lek. z powodu suchot płucnych, u której stosowano injekcyje płynu Kocha. Kol. Kryński okazał tuberkulinę Bujwida, przysłaną mu przez tegoż na dzisiejsze posiedzenie.

* Na cześć prof. Marsa, b. prezesa Tow. lek. krak., odbył się d. 12 b. m. obiad składkowy, w którym wzięli udział prawie wszyscy członkowie Towarzystwa.

* Liczba uczniów w uniwersytetach niemieckich: w Berlinie 5527, w Lipsku 3458, w Monachijum 3382, w Würzburgu 1544, w Tübindze 1250, w Wrocławiu 1246, w Bonnie 1219, w Erlandze 1054, w Heidelbergu 970, w Strassburgu 947, w Fryburgu 931, w Getindze 890, w Marburgu 855, w Gryfii 773, w Królewcu 682, w Jenie 640, w Giessen 549, w Kielu 489, w Monastyrze 385, w Rostoku 371; razem 28 711 uczniów.

* W tygodniu 5-tym (1—7 lutego) było w Krakowie małżeństw 42, urodzin 55, skonów 44 (30·70), z tych z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 3, z duru brzusznego 3, z nieżytu żołądka i jelit 2.

* Wakuje posada lekarza (z prawem do emerytury) z płacą stałą rocznie 2000 złr., oprócz dochodów z praktyki prywatnéj. Jedyny warunek doktorat wszech nauk lekarskich (bez egzaminu fizykackiego). Dokładnych wskazówek udziela ustnie Dr. Schaitter (Grodzka 62, od 8—9, 2—3).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** W miejsce zmarłego prof. Cocciusa powołany został na katedrę okulistyki prof. Sattler z Pragi. — **Wiedeń**. Prof. Mosetig-Moorhof przeniesiony zostaje ze szpitala na Wiedeniu do szpitala powszechnego na prymaryjat, opróżniony w skutek śmierci prof. Salzera. — **Berlin**. W roku bieżącym obchodzić będą jubileusz urodzin 70-tych dwaj najznakomitsi profesorowie tutejsi, a mianowicie: prof. Virchow w d. 13 października, a prof. Helmholtz d. 31 sierpnia. — **Erlanga**. Docent Dr. Hermann mianowany został nadzw. profesorom anatomii. — **Heidelberg**. Docent Dr. Hoffmann mianowany nadzw. profesorem medycyny wewnętrznéj. — **Królewiec**. Docent i fizyk Dr. Seidel mianowany profesorem nadzw. — **Florencyja**. Dr. Gabbi habilitował się jako docent patologii szczegółowéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Ludwik Tadeusz Katyński z Wierzchosławia i Paweł Radecki z Dębicy w Galicyi.

* **Nekrologija**. D. 16 b m. młodzież akademicka oddała ostatnią usługę zmarłemu przedwczoraj doktorandowi medycyny Karolowi margrabi Bellisoniemu, zmarłemu w 25 roku życia, po dłuższéj, ciężkiéj chorobie w skutek zranienia się przy sekcyi. Zakażenie było tak silne i postępowało tak szybko, że pomimo amputacyi całéj odnogi górnéj prawéj, uskutecznionéj przez prof. Rydygiera, i pomimo starań rodziny i kolegów nie zdołano utrzymać przy życiu młodzieńca szlachetnego i zacnego, cieszącego się miłością i przywiązaniem swych kolegów. To też zgonowi jego towarzyszył powszechny żal, który objawił się i podczas eksportacyi zwłok. Nad grobem w imieniu kolegów przemówił Dr. Wachholtz. — Dr. Giraud, lekarz naczelny marynarki francuskiéj, zmarł śmiercią nagłą, przejechany pociągiem kolei w bliskości Hawru; w Marsylii również śmiercią nagłą umarł Dr. Bousquet, śród badania chorego; w Hannowerze tajny radzca lek. Dr. Cohen.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kron. Lek.* Nr. 1: Cieglińskiego: Przyczynek do techniki mikroskop. rdzenia i nerwów peryfer.; Polikiera: O poszukiwaniach Brown-Séquarda nad działaniem płynu jądrowego; Zawadzkiego: Przyczynek do zaraźliwości płuc włóknikowego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 5: Chełmońskiego: O wpływie ostrych gorączek na przebieg suchot płucnych; Z. Kramsztyka: Z kazuistyki okulistycznéj. — W *Med.* Nr. 5: Watraszewskiego: O wartości metod zapobiegawczych w leczeniu przymiotu (dok.); Bojasińskiego: O potach w gruźlicy płucnéj — W *Now. Lek.* Nr. 1: Karlińskiego: Poszukiwanie nad przyrodą zimnicy; Krysiewicza: O narkozie eterowéj; Szulisławskiego: Przypadek kilkakrotnie powracającego odczepienia siatkówki. — W Nrze 2: Wicherkiewicza: Prof. W. F. Szokalski, wspomnienie pośmiertne; Karlińskiego: Poszukiwanie nad przyrodą zimnicy (c. d.); Strojnowskiego: Jeszcze w sprawie leczenia zapaleń opłucnéj za pomocą przetworów salicylowych. — W *Gaz. Lek.* Nr. 6: Janowskiego: O zmianach anatom. w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni; Elsenberga: Leczenie wilka metodą Kocha; Zawadzkiego: Przyczynek do patol. wylewu mleczka do jam surowiczych. — W *Zdrowiu* Nr. 64: Dunana: Otrucie spowodowane zabawkami zawierającemi sole chromowe. — *Medycynie* Nr. 6: Stępniewskiego: Tani teromostat ogrzany naftą lub benzyną. — W Nrze 7: Goldflama: Przypadek polienсephalitis po influenzy. — W *Gaz. Lek.* Nr. 7: Jasińskiego: Pierwsze wyniki leczenia gruźl. kostnéj metodą Kocha; Elsenberga: Leczenie wilka metodą Kocha (dok.); Janowskiego: O zmianach anat. w pęch. żółciowym pod wpływem kamieni (c. d.); Chełchowskiego: Przypadek otrucia benzyną.

Redakcyja otrzymała:

A. KUCZYŃSKI: Przyczynek do histologii gruczołów Brunnera (z pracowni prof. Hoyera (odbitka z *Pamiętn. Tow. lek. Warsz.* 1890), in 8 vo, str. 32. — Prof. BROWICZ: Sur les cellules granulifères d'Ehrlich (odbitka ze *Sprawozdań Akademii nauk w Krakowie* 1890), in 8-vo str. 3. — L. FOUCHER, d'ORLEANS: Les jodures et la therapeutique. Paris, 1890. in 8-vo. — Dr. POLIKIER (z Warszawy): Contribution au traitement des corps ètrangers de l'oesophage chez les enfants (odbitka z *Revue mens. des malad. de l'enfance*), str. 3. — B. WICHERKIEWICZ (Poznań): Ueber eine neue blepharoplast. Methode (odbitka z *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1891, in 8-vo str. 7, z 6 rycinami). — Profesor GLUZIŃSKI: Einige Bemerkungen über d. Koch'sche Heilverfahren (odbitka z *W. klin. Woch.*, 1890, Nr. 52), in 8-vo, str. 6. — 21 Annual Report of the N.-York Ophthalmic a. Aural Institute N.-York, 1890, in 8-vo str. 27. — Prof. KORCZYŃSKI: Ü. temporäre Veränderungen, welche u. d. Einflusse d. Koch'schen Vaccina i. d. Lunge nicht tubercul. Individuen entstehen können (odbitka z *W. klin. Woch.*, 1891, Nr. 5) in 8-vo str. 6. — Docent Dr. PONIKŁO: Zakopane w pełnéj zimie (odbitka z *Czasu*) in 8-vo, str. 7. — KORCZYŃSKI u. ADAMKIEWICZ: Einige Bemerkungen ü. d. Art u. Weise, wie gesunde u. d. Lungentuberculose verdächtige Individ. auf Koch'sche Impf. reagiren (odbitka z *Berl. klin. Woch.*, 1891) in 8-vo str. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 28 Lutego 1891. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Postrzelenie mózgu.

Stwierdzenie przebiegu i siedziby kuli za życia

przez

Prof. Dra Adamkiewicza.

Dnia 12 maja 1887 r. o godzinie 7-éj wieczór przywieziono z Granicy, pobliskiéj stacyi kolejowéj Król. Polskiego, do tutejszéj kliniki chirurgicznéj małą dziewczynkę lat $3^1/_2$ liczącą, Helenę Szczurównę, w stanie ciężkiego schorzenia. Ówczesny kierownik tejże kliniki kol. Doc. Dr. Trzebicky wezwał mnie do choréj. Dziewczynka ta dzień przedtem o godz. 7-éj wieczór nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności została ugodzoną w głowę kulą rewolwerową żandarma rosyjskiego i padła natychmiast bez przytomności. Już tutaj dla uzupełnienia przebiegu choroby nadmienić wypada, że ta ciężko obrażona dziewczynka jeszcze 6 dni żyła i dopiero 17 maja wieczór umarła.

Przy pierwszem oglądaniu dziecka stwierdziłem co następuje: W samym środku korzenia nosowego, w miejscu, gdzie odchodzą wyrostki nosowe kości czołowéj, znajdował się okrągły otwór o średnicy około $2^1/_2$ mm. Z tego otworu wydobywała się mała ilość cieczy surowiczo-krwawéj, a w otoczeniu tego otworu było podbiegnięcie krwawe i obrzęk. Trzeszczenia nigdzie nie było można stwierdzić. Chora na pozór leżała bez przytomności, skóra jej była zaczerwienioną i gorącą, język między zębami, tętno przyspieszone (164), liczba oddechów zwiększona (48), oczy zamknięte, powieki oka prawego, zwłaszcza dolna i górny kąt prawéj krwią podbiegłe i obrzękłe. Przy podnoszeniu prawéj, górnéj powieki widać było gałkę oczną naprzód wysuniętą, zupełnie nieporuszalną o źrenicy średnioszerokiéj, nie oddziaływającéj na światło. Oś oczna nieco ku dołowi zwrócona nie przesuwalna. Źrenica oka lewego słabo tylko na światło oddziaływała, gałka oczna sama się zwracała na prawo i lewo w linii pozioméj i okazywała ruchy wahadłowe jak przy *nystagmus*. Czy dziecko widziało i słyszało, nie było można stwierdzić. W każdym razie nie oddziaływało na bodźce wzrokowe i słuchowe, nawet na bardzo silne. Więcéj na podstawie zewnętrznego badania nie dało się stwierdzić.

Z tego wyniku można było odnieść wrażenie, jakoby dziecko z powodu ciężkiego obrażenia było w stanie zupełnéj nieprzytomności. A jednak dziecko było przytomne. Już po otwarciu względnie zdrowego oka dawała dziewczynka znaki niezadowolenia, jęczała z cicha, krzywiła twarz i poruszała kończyną górną i dolną prawą dość silnie, a wszystko to się jeszcze wzmagało, gdy chorą z łóżka podnoszono i chciano posadzić, zwłaszcza gdy ją lekko igłą kłóto. Wtedy jęczenie przechodziło w wyraźny płacz i kończyny prawe dość silnie bywały od siebie odrzucane.

Badanie czucia pouczyło, że chora dobrze oddziaływa, można było równocześnie stwierdzić, że czucie wszędzie, z wyjątkiem prawéj połowy czoła, było niezmienione. Dobrze także funkcyjonowały narządy smaku. Kawałeczek cukru, który włożono dziewczynce w usta, zgryzła i połknęła z pewnem zadowoleniem. Piła także chciwie mleko i wodę, którą jéj łyżeczkami podawano, przyczem się zakrztusała, a część pokarmu płynnego wracała napowrót prawym kątem ust. A to z powodu porażenia prawego nerwu twarzowego. Gdy chora przy płaczu twarz krzywiła, poruszał się lewy kąt ust silnie na zewnątrz. Prócz tego wśród ciężkich warunków badania można było stwierdzić, iż dziecko przedtem zupełnie zdrowe, po tym przypadku straciło mowę. Ani jednéj zgłoski obecnie wymówić nie mogła. — Żucie, połykanie nie było utrudnione. Język również nie okazywał zmian. Szczękę dolną od górnéj łatwo można było odchylić, przyczem powstawały ruchy jak przy żuciu.

Zupełnie jednak były porażone mięśnie, które głowę ustalają. Skoro tylko dziecko posadzono, natychmiast główka opadała na piersi, lub ku tyłowi, przyczem dziecko żałośnie krzyczało i prawą rączką chwytało za głowę. Koń-

czyna górna lewa bardzo mało się tylko poruszała, a dolna była zupełnie niedowładną.

Przeciwnie zaś pobudliwość odruchowa była zwiększona i tak: po każdem ukłuciu w podeszwę następowały silne przykurczenia zginaczy podudzia, mięśni *tibialis anticus* i *peronei*. Kończyny zaś prawe, jak wspomniano, podlegały zupełnie woli. Odruchów ścięgnistych nie było.

Z wyniku tego badania okazuje się w krótkości co następuje: Utrata wzroku, słuchu i mowy przy utrzymanéj wrażliwości na bóle i na smak i p r z y u t r z y m a n é j p r z y t o m n o ś c i; porażenie głębokich mięśni grzbietu i następujących nerwów po stronie prawéj: n. twarzowego, wzrokowego, okoruchowego, bloczkowego, odwodzącego i pierwszéj gałęzi nerwu troistego, który jak wiadomo dostarcza skórze czoła gałązek czuciowych, w końcu porażenie połowicze strony lewéj. Ta cała grupa objawów porażenia obejmuje dwie różne, co do istoty, postacie porażeń.

Utrata mowy, słuchu, wzroku po obu stronach, porażenie połowicze i porażenie mięśni grzbietowych wskazała na zajęcie mózgu, więc na zaburzenie ośrodkowe.

Porażenie wszystkich nerwów ruchowych oka prawego i porażenie pierwszéj gałęzi prawego nerwu troistego i prawego nerwu wzrokowego, brak oddziaływania źrenicy i porażenie nerwu twarzowego mogło w téj grupie powstać tylko przez obwodowe uszkodzenie narządów zajętych.

Innemi słowy: K u l a m u s i a ł a z j e d n é j s t r o n y u s z k o d z i ć m ó z g, z d r u g i é j z a ś s t r o n y c a ł y s z e r e g n e r w ó w m ó z g o w y c h. Obwodowo obrażone nerwy tworzą grupę, która po opuszczeniu mózgu, idzie w prawie ciągłéj lekko falistéj linii przez ten rąbek opony twardéj, który rozpoczynając się na przednim brzegu siodła tureckiego tworzy wewnętrzną granicę środkowego dołu czaszkowego i na szczycie kości skalistéj się kończy.

Do centralnych zaś porażeń musimy zaliczyć porażenie połowicze lewéj połowy ciała i porażenie mięśni karku — i jako takie oddzielić od innych tutaj istniejących porażeń.

Przyczyna centralnych porażeń mogła leżeć tylko w obrażeniu mózgu w obszarze płatu czołowego, a ponieważ ośrodek dla mięśni karkowych leży w dolnym płacie czołowym a dla kończyn w zwojach centralnych, które idą z zatoki Sylwiusza prosto ku górze i schodzą się właśnie z powyżéj wspomnianym rąbkiem opony twardéj; to też jeden i ten sam kanał postrzałowy mógł wywołać równocześnie obie grupy porażeń, z jednéj strony porażenie połowicze i porażenie mięśni karkowych, z drugiéj zaś strony zaburzenia w czynnościach wymienionych nerwów.

Opierając się na tych wynikach badania, określiłem w obecności kol. Doc. Trzebickiego i wielu słuchaczy następujący przebieg kuli: Musiała ona przebić kość sitową i oponę twardą po prawéj stronie siodła tureckiego. W jamie czaszkowéj przecięła nerw wzrokowy i musiała przebiegać przez wyrostek klinowy przedni małego skrzydełka kości klinowéj ku tyłowi i następnie dostać się wzdłuż prawego brzegu siodła tureckiego do szczytu kości skalistéj. Przypuściłem wreszcie, iż mogła ona ugrzęznąć w otworze słuchowym wewnętrznym. Albowiem mogła tylko w ten sposób uszkodzić prócz nerwu wzrokowego, bloczkowego, okoruchowego, odwodzącego i troistego, także jeszcze nerw słuchowy i twarzowy, które wspólnie wchodzą do otworu słuchowego wewnętrznego. W ten sposób i ten fakt się tłomaczył, że wszystkie nerwy zostały uchronione przed urazem, które poza kością skalistą w obszarze tylnego dołu czaszki przebiegają.

Inne chorobowe objawy, które chora oprócz opisanych porażeń okazywała, można było sobie łatwo wytłomaczyć jako tak zwane objawy porażenia „pośredniego“ *(indirecte Lähmungen)*.

Sądziłem, że należą do tych objawów, do których zaliczamy i porażenia pośrednie w napadzie apoplektycznym, — nie jakoby one powstały przez zniszczenie pewnéj części mózgu, lecz przez następowe zmiany, które zwykle pociągają za sobą zniszczenia w reszcie zdrowéj tkanki mózgowéj. Właśnie do kategoryi takich porażeń pośrednich wliczam utratę mowy, wzroku i słuchu. Przy określonym bowiem przebiegu kuli nie mógł uledz uszkodzeniu ani lewy nerw słuchowy, ani zwój Broki. A że i lewy nerw wzrokowy nie mógł uledz uszkodzeniu, choć on żadnych wrażeń wzrokowych nie przenosił, wynika to z prędkiego przenoszenia bodźców świetlnych na źrenicę. Gałka oczna wystawała naprzód z powodu wylania się krwi w okolicę szczeliny oczodołowéj górnéj, a przemawiało za tem podbiegnięcie krwawe dolnéj powieki.

Bardzo pouczającym był dalszy przebieg choroby. Jedna część ciężkich objawów ustąpiła w przeciągu dwóch następnych dni. Dnia 14 maja oddawała chora sama mocz, dobrowolnie otwierała lewe oko, przyjmowała lewą ręką podawane przedmioty. Szklankę z mlekiem sama zbliżyła do ust. A nawet słuch się poprawił i rozumiała widocznie, co jéj do lewego ucha mówiono. — Niestety polepszenie tylko krótko trwało. Stwierdzenie jednak tego polepszenia jest ważnem, albowiem wskazuje nam, że utrata mowy, wzroku i słuchu była tylko objawem pośredniego porażenia.

Już dnia 15 maja chora zaczęła niespokojnie się zachowywać i silnie około siebie uderzała nieporażonemi kończynami. 16-go była zupełnie nieprzytomną, przyczem lewe oko okazywało ruchy jak przy *nystagmus*. Niezrozumiałe bełkotanie świadczyło, że dziecko chce coś mówić. Lewą rączką chwytała ciągle za głowę i ile ją razy chciano odciągnąć, natychmiast jak sprężyna ku głowie wracała. Do tego wkrótce przyłączyło się oddechanie Cheyne—Stokesa i dziecko 17-go wieczór umarło.

Sekcyja (prof. Dr. B r o w i c z) wykazała co następuje: Po otwarciu czaszki i oddaleniu opony twardéj widać było na powierzchni prawego płatu czołowego wybroczynę krwi, która była obfitszą w kierunku ku środkowemu dołowi czaszki. Przy wyjmowaniu mózgu można było stwierdzić zniszczenie tkanki mózgowéj na dolnéj powierzchni płatu czołowego, właśnie w miejscu, gdzie leży prawy płat węchowy, przyczem równocześnie prawy n. węchowy był zupełnie zmiażdżony. Nawet lewy nerw węchowy był wybitnie uszkodzony. — Z rany w mózgu szła bruzda, która w swoim przebiegu właśnie przechodziła przez miejsce, zkąd trzeci zwój czołowy od przedniéj bruzdy centralnéj wychodzi. Tak dochodził kanał postrzałowy do zatoki Sylwiusza, oddzielił od niéj żyłę, następnie zaś przecinając górny zwój skroniowy, a potem średni i tu się kończył. Brzegi całego kanału postrzałowego po nacięciu były krwią podbiegłe.

W kości zaś przebiegał kanał postrzałowy w następujący sposób: zaczynał się w samym środku wyrostków nosowych kości czołowéj, powyżéj kości nosowych i przebił blaszkę sitkową kości sitowéj, która była zupełnie zmiażdżona. Prócz tego *proc. clinoid. ant.* prawego małego

skrzydła kości klinowéj i prawy brzeg siodła tureckiego w zakresie tego zmiażdżenia był przebity. Prawy nerw wzrokowy i opona twarda były rozdarte. Nerwy, które w tym miejscu oponę przebijają, t. j. okoruchowy, bloczkowy i odwodzący były również zniszczone. Tu kończyła się zewnętrzna część kanału postrzałowego. — Wewnętrzna zaś przebiegała jak wyżéj opisano. Prócz tego opona twarda na tylnym wewnętrznym brzegu środkowéj jamy czaszki była przedziurawiona, a po odpreparowaniu opony wykazano, że i szczyt kości skalistéj przy otworze słuchowym wewnętrznym został uszkodzonym przez postrzał.

Kulę znaleziono poniżéj postrzelonego szczytu kości skalistéj pomiędzy nią a tylnym brzegiem dużych skrzydeł kości klinowéj, w miejscu gdzie z trzonu kości klinowéj odchodzi prawy wyrostek skrzydlaty.

Sekcyja zatem wykazała w zupełności przebieg kanału postrzałowego i siedzibę kuli zupełnie tak, jak to za życia rozpoznano.

Powyżéj opisany przypadek jest z wielu względów ciekawy. Z jednéj strony pokazuje on, że przytomność może być utrzymana mimo wielkiego zniszczenia mózgu, z drugiéj strony uszkodzenia takie wykazują, że kombinacyja takich porażeń może wywołać stan zupełnie podobny do rzeczywistéj utraty przytomności. Jakkolwiek nasza chora z powodu ciężkiego obrażenia przedstawiała stan bezprzytomności z powodu utraty mowy, ruchu wzroku i słuchu, mimo to w rzeczywistości była przytomną. Czuła bowiem ból, uczuwała co jest przyjemne a co nieprzyjemne, uczuwała głód i umiała go zaspokoić.

Przypadek ten i dlatego zdaje się być bardzo ważnym, albowiem dokładnie wskazuje nam przyrodę t. zw. „porażeń pośrednich“. Wiadomo bowiem, że po każdym insulcie apoplektycznym występują porażenia, z których część po napadzie ustępuje, część zaś pozostaje. Pierwsze nazywamy objawami ogniskowemi pośredniemi, ostatnie zaś bezpośredniemi. Tamte tłomaczymy sobie jako następstwa mechanicznych zmian w krążeniu prawidłowem mózgu udarem wywołanych, te zaś jako bezpośrednie następstwa wypadnięcia funkcyi z powodu zniszczenia tkanki przez krwotok. Nasz przypadek sprzeciwia się dotychczasowemu tłomaczeniu objawów pośrednich.

Gdyby utrata mowy, wzroku i słuchu u téj choréj była wywołaną jakiemikolwiek zmianami w krążeniu, w takim razie zmiany te musiałyby przy tak różnem położeniu miejscowem centrów mózgowych wyż wymienionych funkcyj dotyczyć całego mózgu, a w takim razie musiałoby powstać porażenie wszystkich kończyn, a nie jak u naszéj choréj porażenie połowicze. A że tak nie było, świadczy o tem to, iż nie cały mózg tylko pewne części takowego skutkiem urazu, nie bezpośrednio przez to obrażenie przestały funkcyjonować. Jest rzeczą uwagi godną, że do tych części należały ośrodek mowy, ośrodek wzroku i pole słuchowe. A więc części, które na półkuli choréj bezpośrednio tylko skutkiem porażenia zostały swych czynności pozbawione. Albowiem zostały eliminowane z czynności na półkuli prawéj trzeci zwój czołowy przez kanał postrzałowy, ośrodek zaś wzroku i słuchu skutkiem przerwania odpowiednich nerwów; pierwsze przynajmniéj o tyle, o ile przyjmuje włókna nerwowe od nerwu wzrokowego téj saméj strony.

A zatem straciły na półkuli nieobrażonéj swą czynność takie obszary, jakie na półkuli drugiéj skutkiem postrzału pozbawione zostały swych funkcyj.

Mamy więc tu do czynienia ze zjawiskiem, które należy tłomaczyć nie skutkiem wpływów mechanicznych lecz skutkiem wpływów nerwowych a więc fizyjologicznych,— ze zjawiskiem, którego właściwą istotę stanowi fizyjologiczna indukcyja narządów ustawionych bilateralnie i symetrycznie. Na indukcyję tę ja pierwszy zwróciłem uwagę, wyjaśniłem jéj istotę, znaczenie, znalazłem aparat nerwowy, stanowiący podstawę jéj, a opisawszy, nazwałem je funkcyjami bilateralnemi i symetrycznemi.[1])

Że centra psychomotoryczne kory mózgowéj pozostają do siebie w zależności bilateralnie czynnościowéj, to już w mych badaniach o ucisku mózgu wykazałem.[2])

Przypadek właśnie opisany uzupełnia w ciekawy sposób powyższe wyniki i uczy, że wszystkie sobie odpowiadające ośrodki obu półkul mózgowych stoją do siebie w takiéj saméj bilateralnie symetrycznéj czynnościowéj zależności, jakto dawniéj wykazałem co do czynności psychofizycznych czuciowych i czynności woli.

Wreszcie jeszcze zwracam uwagę na właściwy odruch prawéj górnéj kończyny, jaki podczas śpiączki u naszéj choréj zauważano. Gdy mianowicie dziecko zaczęło tracić przytomność, to i ramię prawe doznało pewnego ułożenia przymusowego ku głowie. Ile razy tę kończynę odciągano ku dołowi, tyle razy jak sprężyna wracała w wyż wspomniane położenie. Objaw ten bardzo wybitny możnaby nazwać „odruchem sprężynowym“.

[1]) Por. *Die Secretion des Schweisses, eine bilateral-symmetrische Nervenfunction.* Berlin. 1878. Hirschwald i *Ueber den Einfluss des Senfteigreizes auf Anästhesie u. normale Empfindung. Berl. klin. Wochenschrift* 1881, Nr. 12. — *Ueber bilaterale Functionen. Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin* 12/XII 1879. *Archiv v. Du Bois Reymond.* — [2]) *Hirndruck u. Hirncompression. Sitzungsberichte d. k. Akademie d. W. zu Wien.* Bd. 88. 1883, S. 325.

II. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

21 i 22 przyp. Baudry (*Essai sur la polycorie.* Paris, 1890) opisał dwa przypadki, pod nazwą trzy i dwuwzroczności. U 8-letniego chłopca, w prawem oku prócz zwykłéj źrenicy, w górnym i zewnętrznym wycinku tęczówki poza liniją wężykowatą, znajdują się dwa otwory: z tych dolny kształtu podługowatego, dłuższa średnica 2 mm. długa, jest oddzielony od brzegów rzęskowego i źrenicznego pasemkiem tkanki 1 mm. szerokiem, dolny mniejszy, okrągły, średnicy około 1 mm. jest posunięty bardziéj ku brzegowi rzęskowemu. Dno oka zupełnie prawidłowe (fig. 6). W drugim przypadku: u 35-letniego mężczyzny w górnym wycinku tęczówki znajdował się otwór dodatkowy, którego średnica wynosiła 1 mm. Jest on położony o 0,5 mm. ku górze od linii wężykowatéj. Dno oka zupełnie prawidłowe [1]).

[1]) Opisując w wyż wymienionych artykułach moich dwu i wielowzroczność, miałem na celu uznać w nich odrębną wadę rozwojową. Nie potrzebuję dodawać, że źrenice dodatkowe ani w moich przypadkach ani też w innych wielowzroczności dokładniéj opisanych, a w pracy niniejszéj przytoczonych wcale mięśni własnych nie posiadały, jednakże nie miały one również nic wspólnego ani ze szparami dolnego wycinka, mającemi spoidła (mostki), ani też z resztkami błony źrenicznéj. Inaczéj po-

23 p r z y p. Plange (*Arch. für Augenheilk.*, XXI., 2). 44-letni mężczyzna. W prawem oku źrenica w kierunku ku zewnątrz jest przeciągniętą tak, iż ma kształt gruszki od wąskiéj części, któréj obwódka barwikowa przechodzi w pasemko, to zaś w odległości 1 mm. w zupełny brak kształtu wrzecionowatego; długość jego wynosi 2 mm. i dochodzi prawie do samego rąbka rogówki. Rysunek tęczówki w części zewnętrznéj zawiera w miejscu promienistych linij zupełnie nieprawidłowe, barwa zaś jest jaśniejszą. W obrębie wspomnianego pasemka linija wężykowata jest przerwaną. Na przedniéj torebce soczewki, w części środkowéj, znajdują się złogi. W lewem oku od przeciągniętéj ku wewnątrz źrenicy również ku wewnątrz zmierzało barwikowe pasemko, natomiast braku w tęczówce już tu nie było. Na torebce przedniéj również znajdowały się złogi, nadto na brzegu ostrego cypla źrenicy znajdował się idący od tylnego listka tęczówki guziczek, zakończony pętlą téj saméj co złogi barwy, która przy ruchach oka falowała. Zdaniem Plangego w obu oczach mieliśmy wadę rozwojową, mianowicie szparę z mostkiem, z tą tylko różnicą, że w lewem oku szpara owa zarosła późniéj już nie w postaci li tylko mostka, lecz zupełnie. W złogach na torebce soczewki i w utworze na brzegu źrenicznym położonym poznaje wprost resztki błony źrenicznéj. Pollak (*Arch. für Augenh.*, XXII., str. 286) opisał trzy przypadki szpary nieprawidłowéj, z tych dwa pierwsze przez prof. Fuchsa spostrzegane.

24 p r z y p. 50-letnia kobieta. Szpara lewéj tęczówki zupełna ku wewnątrz i ku górze, cała źrenica odsunięta w tym samym kierunku, szpara dochodzi prawie do samego brzegu rzęskowego. Linija wężykowata stopniowo ku brzegowi szpary zbliżając się, znika w pewnéj odległości od jéj brzegu rzęskowego.

25 p r z y p. U 76 letniéj kobiety w lewem oku źrenica miała kształt owalu prostopadłego (brzegi prócz jednego miejsca były zrośnięte z torebką), którego brzeg górny tworzył jakby ząb ku dołowi skierowany. W górnym wycinku tęczówka jest jakby zanikłą, zanik dotyczy jéj warstw przednich. W obu przypadkach z powodu zaćmy dno oka nie mogło być zbadanem.

26 p r z y p. 32-letnia kobieta. Lewe oko jest cokolwiek mniejsze. Dolną i zewnętrzną trzecią część rogówki tego oka zajmuje skórzak; odpowiednio do tego znaleziono nieznaczną szparę w górnéj powiece. Tylko skroniowa połowa źrenicy przedstawia się czarną, nosową połowę źrenicy zaciąga czyli właściwie zastępuje biała błona, która początek bierze z poza źrenicy, następnie doszedłszy do poziomu źrenicy i nosowego brzegu źrenicznego, przeistacza się w cienkie pasemko, które wzdłuż powierzchni tęczówki dochodzi do brzegu rzęskowego, nieopodal od którego oddaje jeszcze wyrostek ku górze i ku wewnątrz skierowany. Linija wężykowata znajduje się tylko w skroniowéj połowie tęczówki, która barwę ma ciemnobrunatną, przeciwnie w nosowéj połowie linii téj wcale niema, budowa jest jednostajną, a barwa w żółtą przechodzi. Dno oka prawidłowe. Na czole w kierunku ku dziurze nadoczodołowéj daje się spostrzegać porosłe włosami pasemko 2 ctm. długości, a 0 5 ctm. szerokości mające.

Przytoczę jeszcze dwa spostrzeżenia.

27 p r z y p. S. P., 34 letni mężczyzna silnéj i zupełnie prawidłowéj budowy. Prawe oko najzupełniéj prawidłowe. W lewem oku spostrzegamy zmiany następujące: szpara powiek jest cokolwiek węższą niż w prawem oku. Rogówka ma kształt owalu, którego dłuższa oś (pozioma) wynosi 14 mm., krótsza (pionowa) 11 mm. Przy oświetleniu bacznem łatwo się przekonać, że powierzchnia rogówki bardzo jest daleką od kształtu kulistego. Przy badaniu za pomocą wziernika rogówkowego (keratoskopu) otrzymujemy również odbicie w postaci bardzo wyciągniętego owalu. V = $^{20}/_{100}$, soczewka walcowa z osią pionową podnosi wzrok do $^{20}/_{50}$. Tęczówka barwy szarawo-błękitnéj, która w skroniowéj połowie staje się zielonkawą. Na przedniéj powierzchni tęczówki znajdujemy wyraźnie rozwiniętą linię wężykowatą, która jest oddaloną mniéj lub więcéj o 1 mm. od brzegu źrenicy; w nosowéj połowie tęczówki tworzy ona półgwiazdę o 5 promieniach, które dochodzą prawie do samego brzegu rzęskowego. Źrenica znajduje się bardziéj w nosowéj połowie tęczówki, jest okrągłą, szerokości ma przy zwykłem oświetleniu 4 mm. przy zmianie oświetlenia szybko się rozszerza i kurczy. W kierunku południka poziomego znajdujemy w tęczówce skierowaną wprost ku zewnątrz szparę, która dochodzi do samego brzegu rzęskowego; kształt ma jajowaty, długość wynosi 6 mm., największa szerokość (w środku szpary) 2 mm. Szpara ta jest zupełną, tylko nieopodal brzegu rzęskowego przecina ją w kierunku ukośnym cienkie pasemko tkanki. Brzeg źrenicy i brzeg szpary otacza czarne pasemko, bezwątpienia stanowiące znaczne przegięcie na przednią powierzchnię tylnego listka barwikowego. Wspomniałem już, że linię wężykowatą znajdujemy tylko w nosowéj połowie tęczówki; w skroniowéj połowie linija ta jest przerwaną: ku górze przecina po połowie kąt utworzony przez brzeg źrenicy i brzeg szpary, ku dołowi wprost zbliża się do samego brzegu szpary w odległości 1 mm. od brzegu źrenicznego. Skroniowa połowa tęczówki różniła się nietylko barwą, na powierzchni jéj linije promieniste były o wiele mniéj wyraźne. W soczewce, ciele szklanem, nerwie wzrokowym, siatkówce i naczyniówce żadnych zmian nie było, szpara też bezwarunkowo nie przechodziła za brzeg rzęskowy tęczówki (fig. 7).

28 p r z y p. 50-letni włościanin, budowy zupełnie prawidłowéj. W prawem oku dojrzała zaćma starcza, wrażenie światła prawidłowe, okiem tem widział uprzednio zupełnie dobrze. Prócz zaćmy żadnych zgoła zmian w oku ani też w częściach otaczających je nie znajdujemy. Lewe oko sprawia zrazu wrażenie oka operowanego na zaćmę według sposobu Graefego. W powiekach ani też w spojówce żadnych zgoła zmian nie dostrzegamy. Rogówka jest okrągłą, średnica jéj wynosi 13,5 mm. Tęczówka barwy brunatnéj; w odległości niespełna 1 mm. od brzegu źrenicznego spostrzegamy prawie zupełnie prawidłową linię, oddzielającą pas źreniczny od rzęskowego. W pasie rzęskowym niezbyt wyraźne linije rozchodzą się w kierunku promienistym, tylko w górnéj połowie tęczówki kierunek ten mniéj jest prawidłowym, mianowicie linije bardziéj zbliżają się ku pionowemu południkowi gałki. Źrenica przy zwykłem oświetleniu ma średnicę 3 mm.; wprost ku górze posiada szparę, która w kierunku ku brzegowi rzęskowemu coraz szerszą się staje tak, iż obok samego brzegu szerokość jéj wynosi przeszło 5 mm. Szpara ta jest zupełną i dochodzi tylko do brzegu rzęskowego tęczówki, gdyż ani w obrębie ciała rzęskowego, ani też w obrębie naczyniówki szpary zgoła nie było,

---

stąpił Baudry w przytoczonéj przezemnie pracy, gdyż nietylko uogólniał pojęcie o wielowzroczności, poświęcając osobny rozdział wielowzroczności nabytéj, nietylko zaliczył do wielowzroczności znany klasyczny przypadek przetrwania błony źrenicznéj przez Alfreda Graefego podany i szpary dolnego wycinka, mające spoidła, lecz napis jego przyp. XI. (na str. 13). Fano bezwarunkowo przedstawia wadę, którą zaliczyć należy wprost do wad błony źrenicznéj. Przeciwnie Franke w swéj pracy (*Ueber angeborene Polycorie, klin. Monatsbl.* 1889, August) mówi tylko o wrodzonéj wielowzroczności jako takowéj, a przez wpływy i zjawiska uboczne niewywołanéj. Zebrał on 19 przypadków wielowzroczności, które dzieli na 2 kategoryje: do pierwszéj zalicza (11 spostrzeżeń) nieznaczne przerwy w tkance tęczówki, które tłumaczy wraz z Manzem niedostatecznym rozwojem naczyniówki, przy współudziale wadliwego rozwoju lub zanikania błony źrenicznej. Do drugiéj kategoryi zalicza przypadki, podobniejsze raczéj do zwykłego oderwania tęczówki od brzegu (*iridodialysis*), za które też je poczytuje. Do téj kategoryi należy również własne jego spostrzeżenie. Każdy przytoczony przypadek autor najdokładniejszéj poddał krytyce. Pochodzenie zjawisk do dwóch kategoryj zaliczonych oczywiście zupełnie jest odmienne i mojem zdaniem, chcąc uniknąć w przyszłości nieporozumień, lepiéj wyrzec się empirycznego terminu dwu i wielowzroczności, którego zbyt często nadużywano. W takim razie prócz szpar ze spoidłami i przetrwania błony źrenicznéj, dla otworów dodatkowych w tęczówce poznaliśmy dwie tylko kategoryje: szpary nieprawidłowe i wrodzone oderwania brzegu tęczowki (*Iridodialysis congenita*).

a błony te miały wejrzenie zupełnie prawidłowe. Natomiast górną połowę tarczy nerwu wzrokowego otaczał stożek, posiadający dokoła barwikową obwódkę; na powierzchni jego zupełnie jak ścięgno wyglądającéj znajdowały się nieliczne kropki barwikowe. Kierunek, jaki naczynia przechodząc przez stożek przybierały, udowadniał w obrębie tegoż znacznego zagłębienia powierzchni. Nadto górna tętnica nosowa brała początek nie od środka tarczy, lecz od jéj brzegu górnego. Zresztą na dnie oka ani też w środkach łamiących żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Chory utrzymuje, iż okiem tem zawsze widział bardzo źle. Zez rozbieżny. V = $^{5}/_{200}$, pole wzrokowe zupełnie prawidłowe. Dwuwypukła soczewka + $^{1}/_{12}$ i walcowata + $^{1}/_{14}$ z osią pionową podniosły wzrok do $^{20}/_{100}$ (fig. 8).

Rzućmy teraz okiem na wyż przytoczone przypadki. Otóż znajdujemy wadę:

w obu oczach w 4 przypadkach; w prawem oku w 6 przyp.; w lewem oku w 16 przypadkach.

W przypadkach Quagliny i Bayera nie jest mi wiadomem, w ktorem oku szpara się znajdowała. W każdym razie dla nieprawidłowych szpar tęczówki sprawdza się powszechnie znany w teratologii oka fakt, że lewe oko znacznie częściéj ulega wadzie. Nadto w 6 przypadkach mieliśmy więcéj nad jednę szparę w jednem oku, w przypadku zaś Dubois aż 16 szpar w kierunku południków położonych. Zjawisko podobne opisałem („*Przegląd Lekarski*" r. 1886) w szparze środkowéj oka: mianowicie w 2-gim moim przypadku mieliśmy dwie szpary w jednem oku: jednę właściwie środkową, drugą zaś ku dołowi. Najczęściéj szpary były oddzielone od brzegu źrenicznego za pomocą mostków.

Szpara nieprawidłowa miała kierunek:

ku wewnątrz w 6 przypadkach; ku górze i ku wewnątrz w 3 przyp.; ku zewnątrz w 6 przyp; ku zewnątrz i ku dołowi w 2 przyp.; ku górze w 6 przyp.; ku górze i ku zewnątrz w 3 przyp.; ku górze i ku dołowi w 1 przypadku; jednocześnie w rozmaitych kierunkach w 1 przypadku.

Prawie zawsze szpary były zupełne, to jest w tęczówce powstawały zupełne otwory. Zresztą, jeśli pod tym względem spostrzegamy niejaką rozmaitość, nie stanowi to jeszcze istoty rzeczy. Wielką rozmaitość napotykamy również w przypadkach prawdziwych szpar tęczówki i naczyniówki. Przypomnę tu tylko przypadek szpary naczyniówki anatomicznie przez Pausego (*A. f. Ophthalm.* XXIV, 2) zbadany, a w którym obraz kliniczny szpary naczyniówki był wywołany li tylko przez miejscową białopiętnicę (*leucosis*) nabłonka barwikowego.

Co się tyczy innych zmian jednocześnie w oku spostrzeganych, w jednym przypadku spostrzeżono ku zewnątrz wraz ze szparą zwrócone szpary w naczyniówce i nerwie wzrokowym, w 3 przypadkach stożki wrodzone (*Coni*) obok tarczy nerwu wzrokowego (v. Reuss, Bock i mój 2. przyp.), w jednym szparę w naczyniówce (2. przyp. Mittendorfa); w 2 zmiany zapalne w naczyniówce (De Lapersomie i Bock). Nadto w przypadku Bocka na torebce soczewki w obu oczach znaleziono złogi w postaci kropek brunatnych; w przypadku Schiessa włókna idące od brzegu do obrębu źrenicy i wreszcie w przypadku Plangego szarawo białe kropki, jako złogi na torebce soczewek obu oczu, a w lewem nadto guziczek, idący od tylnéj powierzchni tęczówki, a ruchomą pętlą w obrębie źrenicy zakończony. Zarówno w pierwszym jak i w ostatnim przypadku autorowie chcą przyznać bez ogródki resztki błony źrenicznéj. Wreszcie bezwarunkowo, gdzie tylko zwrócono na to uwagę, nietylko okolica tęczówki do saméj szpary przytykająca, lecz nawet dalsze jéj okolice (w całéj odpowiedniéj połowie tęczówki) znacznym ulegały zmianom, mianowicie rysunek tęczówki zupełnie się różnił od prawidłowego, możemy powiedzieć, że tęczówka odpowiedniéj połowy była jakby zanikłą, a w pierwszym moim przypadku spostrzegliśmy nawet zmianę barwy w odpowiedniéj połowie.

Chodzi nam teraz o wytłumaczenie powstawania wady. Przeciwko teoryi Ammona dla szpary dolnego wycinka przez czas dłuższy nikt zgoła nie powstawał. Późniejsze też spostrzeżenia najzupełniéj z nią licowały i zarówno badania anatomiczne, jak i fakty kliniczne przez bardzo długi czas najzgodniéj się składały na poparcie teoryi, przyznając przy istnieniu szpar w dolnym wycinku zupełny brak pierwocin ścian następczego pęcherzyka ocznego, przypadków zaś nieprawidłowéj szpary, to jest szpary poza obrębem dolnego wycinka przez dłuższy czas nie ogłaszano. Nic więc dziwnego, że Manz w swéj pracy o potwornościach oka stanął bezwarunkowo na gruncie teoryi Ammona. Wszakże w parę lat późniéj Manz sam (*klin. Monatsbl. f. Augenheil.*, 1876) znalazł w obrębie szpary naczyniówki przy badaniu anatomicznem pierwociny siatkówki, lecz wytłumaczył je w ten sposób, że zostały one wciągnięte z części otaczających szparę. Późniejsze badanie Haaba (*Arch. f. Ophthalm.* XXIV., 1, 1878) dowiodło, że w jego przypadku w obrębie szpary brakowało li tylko naczyniówki, że siatkówka przytykała bezpośrednio do białkówki i chociaż warstwy jej były ułożone bardzo nieprawidłowo, brakowało jednak tylko warstwy nabłonka barwikowego. Haab wypowiada w końcu zdanie: *dass die Theorie vom Offenbleiben, verspäteten oder blos partiellen Schluss der Foetalspalte für die Genese des Coloboms nicht festgehalten werden kann, sondern dass andere Ursachen aufgesucht werden müssen, die vermuthlich in der Gefässentwickelung innerhalb der werdenden Chorioidea liegen* (str. 271).

Pierwsze to było wystąpienie przeciwko powszechnie przyjętéj teoryi. Bardziéj stanowczo wystąpił przeciwko niéj w roku 1881 Deutschmann (*klin. Monatsblätter f. Augenh.*). Zdaniem jego w ogóle wszystkie tak zw. rozwoje wstrzymane oka stanowią li tylko zejście spraw zapalnych z okresu zapłodkowego, szpara zaś naczyniówki (względnie tęczówki) stanowi zejście *sclero-chorio-retinitis intrauterina.* Holtzke (*Arch. f. Augenheilk.* XII., 2), Thalberg (*Arch. f. Augenh.* XIII., 1) i Da Gama Pinto (*Arch. f. Augenheilk.* XIII., 1) badaniem anatomicznem oczu szparę posiadających chcieli dowieść słuszności teoryi Deutschmanna. Z powodu opisu jednego przypadku szpary oka (*Pam. Tow. lekarsk. Warsz.* 1882 i *Centralbl. für prakt. Augenh.*, Mai, 1882) zwróciłem uwagę na okoliczność, że sam Deutschmann badał tylko oczy królika, zrodzonego z rodziców, którym oczy sztucznie były uszkodzone, że Thalberg w swym przypadku wcale nie uwzględnił sprawności oka, w przypadku Höltzkego również królik był nadto małookim, w przypadku da Gama Pinty istniało zapalenie ciałka rzęskowego. W istocie na mocy takich tylko danych tworzyć teoryję i stwierdzać ją było chyba za śmiało. To też ze wszystkich wad rozwojowych oka teoryja Deutschmanna dotąd daje się zastosować chyba do szpary środkowéj. Wytłumaczenie jéj za pomocą niezarośnięcia szpary zapłodkowéj od dawna napotykało trudności. Schmidt-Rimpler już w 1880 (*Arch. f. Ophthalm.* XXVI., str. 22) wypowiedział zdanie, że szpary plamy żółtéj stanowią wadę rozwojową, nic wspólnego nie mającą ze szparą zapłodkową oka. To samo zdanie wypowiedziałem i ja w monografii szpary środkowéj oka (*Przegląd Lekarski* z roku 1886). Późniejsi badacze van Duyse (*An. d'ocul.* 1886 Sept. Oct. i 1887 août.) i Silex (*Arch. f. Augenh.* XVIII., 3) nie przyznając również żadnego stosunku szpary środkowéj do szpary zapłodkowéj, chętniéj skłaniają się ku teoryi Deutschmanna; nie mogę tu wszakże przemilczeć o przypadku przez Dora opisanym (*Revue génér. d'ophtalm.* r. 1888), w którym szpary środkowe były w obu oczach najzupełniéj symetryczne, nadto u osobnika małogłowego, która to okoliczność najwyraźniéj zdradza rozwój w istocie powstrzymany. (C. d. n.)

III. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7.)

Pogląd Baumgartena, mający na pierwszy rzut oka ce chy prawdopodobieństwa po bliższem rozpatrzeniu nie wytrzymuje krytyki, chociażby już z tego względu, że istnieje cały szereg przypadków, gdzie, obok dość znacznych nawet zboczeń przegrody nosa, niema przerostu muszel i *vice versa:* są przypadki z kolosalnie przerosłemi, dotykającemi przegrody nosa muszlami jedno lub obustronnemi przy symetrycznem zupełnie *septum*.

W moich przypadkach na 200 w 80 tylko istniały mniéj lub więcéj wyrażone przerosty muszel, bądźto dolnych, bądź średnich, z jednéj lub obu stron, w pozostałych 120 przypadkach muszle były normalnéj wielkości lub nawet w różnych fazach zaniku.

Löwy i Schech również odmawiają słuszności poglądowi Baumgartena.

Do II éj kategoryi przyczyn, wywołujących zboczenia przegrody nosa odnieść należy: nierównomierny rozwój części składowych *septi*. Zwolennikami teoryi téj między innymi są Schaus, Roser, Walsham, Stewart, wreszcie Schech, który tak się wyraża: „gdy chrząstka (*cartilago quadrangularis septi*) rośnie w stosunku do kości (*vomer* i *lamina perpendicularis ossis ethmoidei*) szybciéj i silniéj, musi się ona z boku wygiąć, nie mogąc tego uczynić w kierunku ku górze i dołowi. Jeśli rośnie ona jeszcze daléj, tworzą się oście i ości ste listwy“.

Voltolini teoryi téj zarzuca, że jest niejasną, bo jakaż jest przyczyna tego nierównomiernego rozwoju? Jako taką niektórzy (Löwy) podają krzywicę (*rhachitis*), inni (Bronner) robi odpowiedzialnemi wyrośla adenoidalne. Ten ostatni pogląd nie wytrzymuje krytyki. Na 200 moich przyp. zaledwie w 12 obok zboczeń przegrody nosa istniały jednocześnie i wyrośla adenoidalne, najprawdopodobniéj jako powikłanie tylko tego cierpienia.

Woakes również tworom tym nie przypisuje żadnego ważniejszego znaczenia na powstawanie *deviationis septi*.

Już daleko więcéj prawdopodobnem jest przypuszczenie Löwyego.

Wogóle co do etyjologii zboczeń przegrody nosa, zdaniem mojem, należy w pewnych przypadkach przypuścić urazowe (traumatyczne) pochodzenie tego cierpienia, w przeważnéj jednak liczbie przypadków musimy przypuścić nierównomierny rozwój części, składających przegrodę nosa, jako etyjologiczny moment w powstawaniu zboczeń téj przegrody.

Dodać tu jeszcze winienem, że i niektóre sprawy chorobowe, n. p. przymiot i wilk mogą w następstwie spraw bliznowatych (retrakcyjnych) wywołać zboczenie przegrody nosa (G. Stoker). Casselbery *deviationes septi* przy jednostronnym nieżycie przewlekłym nosa czyni zależnym od zwiększonego ciśnienia atmosfery.

O b j a w y zależne od zboczeń przegrody nosa są niezwykle różnorodnéj natury i w pierwszéj linii zależą od stopnia (natężenia) cierpienia. I tak przy nieznacznych niepowikłanych zboczeniach — najczęstszych, jak to poprzednio wykazaliśmy, zazwyczaj brak wszelkich objawów tak, że tylko przypadkowo o cierpieniu tem się dowiadujemy. Na 200 moich przypadków w 92, a więc prawie w połowie, chorzy szukali méj porady nie dla cierpienia nosa, gdyż brak był zupełnie objawów ze strony tego narządu, lecz dla zaburzenia ze strony innych organów, jak gardła, krtani i uszu. Ciekawym jednak jest ten fakt, że w 5 na 15 przypadków, w których *deviatio septi* było bardzo silnie wyrażone, chorzy również nie szukali méj porady na nos, lecz na jeden z powyższych narządów. Wskazuje to, jak należy być ostrożnym w ocenianiu zboczeń przegrody nosa, a przedewszystkiem we wskazaniach dla operacyjnéj interwencyi.

Przy nieznacznych, lecz skomplikowanych przypadkach *deviationis septi*, objawy mogą zależeć od owych komplikacyj, a więc najczęściéj przerosłych muszel (na 200 przyp. w 80), rzadziéj już wyrośli adenoidalnych (na 200 w 12 przyp.) lub polipów (na 200 przyp. w 5).

O powikłaniu zboczeń przegrody nosa przerostem muszel wspominają również Bryson Delavarde i Jarvis. Gleitsman utrzymuje, że najczęściéj bywają przerosłe średnie muszle z czem ja się nie zgadzam, gdyż w moich przypadkach częściéj znajdowałem przerost dolnych muszel.

Przy średnich, a jeszcze więcéj znacznych zboczeniach przegrody nosa, jama nosa odpowiadająca wypukłości *septi*, jest mniej lub więcéj zwężoną, względnie niedrożną dla powietrza. Acz bardzo rzadko, może ona jednak zatykać zupełnie światło odpowiedniéj jamy nosa, jeśli wypukłością swą dotykać będzie ścianki zewnętrznéj nosa resp. muszel. Czasem się zdarza, że i zewnętrzne wejrzenie nosa przedstawia się mniéj lub więcéj znacznie zmienionem: nos nachyla się w tę lub ową stronę (według Zuckerkandla przy zboczeniu *septi ossei* resp. jéj przedniéj części, zbacza i *septum cartilaginosum*, co i wpływa na część chrząstkową nosa).

Objawy, wywołane zaburzeniami przegrody nosa dają się podzielić na dwie główne grupy: 1) zależne od zatkania nosa resp. mechaniczne; 2) zależne od ucisku na nerwy, t. zw. odruchowe.

Co się tyczy pierwszych, to można stanowczo przypuścić, że *deviationes septi* stanowią jednę z najczęstszych przyczyn nieżytów nosa i jamy nosogardzielowéj ze wszystkiemi ich następstwami. Rzecz prosta, że mowa tu tylko o znaczniejszych stopniach zboczeń przegrody nosa. I tak po za miejscem zwężonem w odpowiedniéj jamie nosowéj, zwężeniem zależnem od skrzywienia lub wyrostka przegrody, ciśnienie atmosferyczne jest mniéj lub więcéj zmniejszone, stąd przekrwienie i obrzmienie błony śluzowéj, zwłaszcza zaś tych części jéj, które pokrywają muszle, co prowadzi do przewlekłych przerostów tych ostatnich.

Przy bardzo znacznych stopniach *deviationis septi* nie tylko w zwężonéj jamie występują opisane powyżéj zmiany, lecz i w drugiéj (rozszerzonéj), która otrzymuje całą ilość powietrza, przeznaczoną dla obu jam nosa.

Jako następstwa tego utrudnionego oddechania przez nos wymienić należy cały szereg objawów, jak oddechanie z ustami otwartemi (we dnie i w nocy), stąd owe bardzo nieprzyjemne dla chorych uczucie zasychania ustawicznego w gardle, wywołanego zmianami zanikowemi błony śluzowéj i jéj gruczołowych elementów, jednem słowem występuje tu ta postać cierpienia, którą znamy pod nazwą „*pharyngitis sicca*“. Czasami zaś przeciwnie elementy gruczołowe błony śluzowéj gardziela ulegają wskutek podrażnienia przerostowi i wtedy mamy do czynienia z t. zw. *pharyngitis granulosa s. follicularis*. Nierzadko do uczucia zasychania dołącza się jeszcze chrapanie, sen niespokojny itd. Daléj wskutek nieżytowego stanu błony śluzowéj nosa wydzielina staje się obfitszą. Ponieważ zaś wydalenie jéj *per vias naturales*, t. j. przednie otwory nosa, jest mniéj lub więcéj utrudnione wskutek zwężenia wywołanego zboczeniem *septi*, przeto wydzielina ta zatrzymuje się, nagromadza w zbyt wielkiéj ilości po za miejscem zwężonem, zasycha tam, staje się gęstszą, zmienia się jéj barwa na brudno szarą, tworzą się strupy, które się rozkładają, czego rezultatem jest zazwyczaj foetor, jednem słowem następuje cały szereg zmian zanikowych na błonie śluzowéj nosa, zmian, noszących nazwę *rhinitis atrophicans, ozaena*.

Jako więcej oddalone zmiany spotykamy w tem cierpieniu zmiany na błonie śluzowéj krtani, która ulega również przewlekłemu nieżytowi wskutek drażnienia powietrzem, pozbawionem zwykłéj wilgoci i czystości, jakie zyskuje przechodząc przez normalne jamy nosowe.

Co się tyczy innych objawów, to krwawienie z nosa (*epistaxis*) stosunkowo rzadko bywa następstwem zboczeń przegrody nosa. Najczęściéj powstaje ono wskutek zranie-

nia miękkich części nosa (najczęściéj muszel), ma to zwłaszcza miejsce, gdy oście lub ościste listwy dotykają ostrym kantem przeciwległych muszel (Mackenzie).

Anosmia również może być bezpośrednio następstwem zboczeń *septi*, jak tego dowodzi przypadek Parkera. Powstawać ona może w ten sposób, że przy znacznéj *deviatio septi* substancyje woniejące mogą nie dochodzić do *regio olfactoria.*

Daléj zboczenia przegrody stanowią często przeszkodę w wykonywaniu niektórych operacyj w nosie (np. polipów, przerosłych muszel), a nawet w pewnych razach utrudnia badanie resp. wprowadzenie wziernika nosowego.

Wreszcie zboczenia przegrody nosa wywierać mogą ujemny wpływ na stan uszu w podwójny sposób; wywołując nieżyt nosa ewent. rozszerzenie się sprawy na trąbkę Eustachiusza lub ucho środkowe, a powtóre istniejące, jako powikłania, sprawy chorobowe trąbki lub jamy bębenkowéj nie dają się skutecznie (np. za pomocą kateteryzacyi) leczyć.

Według M. Mackenziego i Browna zboczenia przegrody mogą wpływać ujemnie na głos.

Do II éj kategoryi objawów należy odnieść szereg t. zw. odruchowych. Baratoux i Heryng przypuszczali nawet istnienie oddzielnéj *„zona reflectoria“* w tylnym odcinku przegrody, gdyż dotknięcie tego miejsca sondą wywoływało owe zwrotne objawy (kaszel, kichanie itd.) Obecnie jednak powszechnie przyjętym jest pogląd B. Fraenkla, że odruchy występować mogą z każdego punktu nosa.

Do objawów odruchowych odnieść należy: kichanie (przyp. Natiera), kaszel, uczucie zaduszania (Wood), astmatyczne napady (Heymann), daléj łzawienie, spazm oka, bóle u podstawy nosa, czołowe. Ciekawy przypadek przytacza Bartual: po usunięciu (galwanokaustycznem) zboczenia przegrody znikły bóle, świdrujące w części chrząstkowéj występujące uporczywie przy jedzeniu i mówieniu.

Bóle w obrębie nerwu twarzowego i trójdzielnego nierzadko bywają następstwem owych zboczeń. Heymann wspomina o *paraesthesia pharyngis*, zależnéj od *deviatio septi narium.* Długotrwała bezsenność w przypadku Creswell Bobera ustąpiła po usunięciu zboczenia przegrody nosa.

Tu po części odnieść można ciekawy przypadek Schecha nerwicy naczynioruchowéj wydzielniczéj: młody człowiek po upadku na nos zaczął doznawać przy każdem podwyższeniu ciepłoty dziwnego, niezwykle obfitego pocenia się końca nosa, tak że pot formalnie kroplami spływał, a lekkie nawet potarcie końca nosa wywoływało obfite krwawienie. Objektywnie dało się wykryć zboczenie przegrody oraz silne rozgałęzienie naczyń chrząstkowéj części przegrody.

R o z p o z n a n i e zboczeń przegrody nosa, w obec powyższych danych, nie powinno zdaje się napotykać na żadne trudności. Minęły bezpowrotnie te czasy, kiedy *deviatio* i *cristae septi* brano za nowotwory (polipy), jak o tem wspominają Velpeau i Zuckerkandl, a nawet jako takie operowano (Voltolini).

R o k o w a n i e w większości przypadków dobre. Skoro tylko mamy pewność (względną), że dane objawy czy to bezpośrednio od zboczeń przegrody zależne, czy to odruchowe, rzeczywiście wywołane są owemi zboczeniami wtedy leczenie racyjonalne (chirurgiczne) po większéj części usuwa raz na zawsze powyższe objawy.

L e c z e n i e zboczeń przegrody nosa podzielić można na: 1) objawowe (palliatywne), polegające na usuwaniu następstw, a więc nieżytu przewlekłego nosa itd.

2) radykalne, polegające na usunięciu samego zboczenia. To ostatnie znowu może być: a) ortopedyczne t. j. prostowanie przegrody nosa za pomocą specyjalnych instrumentów; b) operacyjne, mające na celu usunięcie zboczenia drogą krwawą.

Przejście od ortopedycznego do operacyjnego (krwawego) leczenia stanowią: 1) żegadła galwaniczne i 2) elektroliza.

Co się tyczy leczenia objawowego, to o niem mówić tu nie będę, nie wchodzi to bowiem w zakres niniejszéj i tak już zbyt może obszernéj pracy. Dodać tu tylko muszę, że w przypadkach zboczenia przegrody powikłanych, czy to przerostami znacznemi muszel, czy to polipami, czy wreszcie wyroślami adenoidalnemi, te ostatnie cierpienia przedewszystkiem usuniętemi być winny. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Weterynaryja.

Prof. K a d y j: **O potrzebie zasadniczéj reformy studyjów weterynaryi**

Wielka doniosłość nauk weterynarskich tak dla umiejętności lekarskich, jakoteż dla zdrowia i mienia ludzi z jednéj strony, wadliwe urządzenie studyjum weterynaryi w Austryi, nieodpowiadające nowoczesnemu stanowi nauk weterynarskich ani też potrzebom do wykonywania praktyki z drugiéj strony, skłoniły autora do powyższéj publikacyi, w któréj wykazuje wadliwości w porządku studyjum weterynaryi, obowiązującego obecnie w austryjackich szkołach weterynaryi, podając zarazem wskazówki, według których reformę tychże szkół przeprowadzić należy. Bodźcem i zachętą do téj pracy były dla autora zdobycze, jakie wywalczyły sobie szkoły weterynarskie w Niemczech dzięki usiłowaniom reprezentantów weterynaryi na polu naukowem, jakoteż poparciu najznakomitszych powag lekarskich jak Virchowa, Voita, Gerlacha, Leiseringa, Wehenkla, Schneidemühla i wielu innych. Uznane one bowiem zostały w najnowszych czasach jako szkoły główne (*Hochschulen*) i wyposażone taką organizacyją, która im zapewnia odpowiednie stanowisko i pomyślny rozwój jako ogniskom naukowym.

Za najdotkliwsze i zasadnicze braki obecnego porządku studyjów w Austryi uważa prof. K. niedostateczne ogólne wykształcenie u kandydatów szkół weterynarskich, oraz zanadto krótki czas studyjów, niedozwalający nawet umysłowo dojrzałym przyswoić sobie należycie cały obszar nauk, które wchodzą w zakres studyjów weterynaryi. Następstwem tych braków, powiada daléj prof. K., bywa, że weterynarze opuszczający szkoły nie zawsze posiadają *minimum* naukowego i zawodowego wykształcenia i że wskutek tego zmuszeni są nieraz po otrzymaniu dyplomu uzupełniać swoje wykształcenie i w rozmaitych kierunkach mozolnie zdobywać sobie różne wiadomości. Na dowód, że w obecnym stanie rzeczy szkoły weterynarskie nie uzdolniają do samodzielnéj pracy, powołuje się na znane zresztą fakta, że weterynarze, którzy zajęli katedry, prawie wszyscy musieli uzupełniać swoje wykszałcenie naukowe w innych zakładach, mianowicie w wydziałach lekarskich. Że obecnie wymagane przy wstąpieniu do szkoły świadectwo z ukończonéj 6 klas jest niewystarczające, przytacza prof. K. na podstawie katalogów i protokółów egzaminacyjnych ze szkoły weterynarskiéj lwowskiéj za czas od r. $188^1/_2 - 188^7/_8$ następujące daty: Z młodzieży nieposiadającéj matury 58% wystąpiło wkrótce po wstąpieniu albo przepędziwszy bezskutecznie 1—2 lat na I. roku. Przyczyna zaniechania studyjów leżała prawie zawsze w braku odpowiedniego uzdolnienia. Z tych, którzy wytrwali, 25% otrzymało dyplomy z uzdolnieniem znakomitem, z maturzystów zaś 36%. Wszyscy maturzyści otrzymali dyplom w czwartym roku po rozpoczęciu studyjów, podczas gdy z uczniów nieposiadających matury 66% uzyskało dyplom w czwartym roku, 24% w piątym, a reszta 10% dopiero po 6 roku. Opierając się na tych danych oraz na doświadczeniu własnem i grona profesorów, wykazuje, że obecnie obowiązujący trzechletni kurs nietylko nie wystarcza do nabycia niezbędnych fachowych wiadomości, lecz że nawet profesorowie w tak krótkim czasie nie są w stanie z wyczerpującą gruntownością traktować wykłady, aby słuchacze w całéj pełni mogli z nich korzystać. Z tych więc przytoczonych powodów żąda prof. K. od uczniów pełnego wykształcenia, to jest egzaminu dojrzałości, oraz rozszerzenia studyjów z 3 na 4 lata. Nie podziela on przytem obawy, aby frekwentacyja znacznie się zmniejszyła, albowiem już obecnie wstępuje wielu maturzystów, a gdyby zresztą nastąpiła, będzie ona przemijającą

i trwać tylko kilka lat. W dalszym ciągu swéj pracy udowadnia prof. K., że studyja weterynarskie należy urządzić według tych samych zasad, jak i studyja lekarskie, albowiem istota nauk weterynarskich, ich treść, ich metody i praktyczne zastósowanie, są zupełnie te same co w medycynie ludzkiéj, a różnią się od niéj tylko o tyle, o ile organizmy zwierząt ssących różnią się od ustroju ludzkiego pod względem anatomicznym, fizyjologicznym i patologicznym. Przedkładając następnie program naukowy studyjów weterynarskich, zaznacza w nim przedewszystkiem, że uczniowie weterynaryi nim przystąpią do właściwych nauk lekarskich muszą zapoznać się gruntownie z naukami przyrodniczemi i specyjalnemi gałęziami bijologii, przyczem zwraca uwagę lekceważących weterynaryję, że budowa ciała zwierząt ssących i zjawiska fizyjologiczne organizmu zwierząt domowych bynajmniéj nie są prostszemi i łatwiéj zrozumiałemi, aniżeli u człowieka.

Ażeby jednak szkoły weterynarskie po dokonanéj reformie wydały dobre owoce, sądzi autor, że należy przedtem usilnie się starać, aby ministerstwo wojny zaprzestało wychowywać kurszmidów (konofalów), szkodzących nieznmiernie stanowisku i materyjalnemu bytowi weterynarzy.

Rzecz cała opracowana jest we wszystkich szczegółach ze znaną u autora gruntownością i ścisłością i zasługuje z tego tytułu na wszelkie uznanie, tembardziéj jeszcze, że jest na czasie. Należy więc mieć nadzieję, że władze kompetentne ocenią należycie przedłożony im przez szan. autora projekt i urządzą studyjum weterynaryi tak, że przyszli weterynarze będą mogli podołać wymaganiom społeczeństwa, kraju i państwa oraz będą zdolni do samodzielnéj pracy naukowéj na polu umiejętności lekarskiéj. *Dr. Walentowicz.*

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Dr. Neumann (Wiedeń): **O anatomicznych i klinicznych zmianach błony śluzowéj pochwy.**

Rozróżniamy następujące postacie zapaleń pochwy: 1) *Vaginitis acuta diffusa*; 2) *V. chron. diffusa*; 3) *V. acuta papul.*; 4) *chron. pap.*; 5) *aphthosa*; 6) *vesiculosa*; 7) *atrophica*. Do tego szeregu przyłączyć jeszcze należy *V. inflammatoria idiopathica*, któréj istnieniu niektórzy lekarze przeczą. Ponieważ pochwa nie ma gruczołów śluzowych, a pokrytą jest grubą warstwą przybłonka, winna być dość odporną wobec wszelkich wpływów chorobowych, ale gęsta sieć naczyń limfatycznych i krwionośnych, jakoteż szyjka maciczna zazwyczaj przybłonka pozbawiona, odporność tę czynią iluzoryczną. Zresztą błona ta zachowuje się zupełnie jak skóra. W zapaleniu ostrem przybłonek szerokiemi płatami odpada, a rozrost okrągłych komórek szczególniéj wzdłuż naczyń jest ogromny. Przeciwnie w przebiegu zapalenia przewlekłego warstwa przybłonkowa grubieje, komórki powierzchowne tracą jądra i rogowacieją. Naciek komórkowy w saméj warstwie mięśniowéj grupuje się w ogniskach wzdłuż naczyń przebiegających. W *vaginitis papulosa acuta* widzimy na brzegach fałdów guziczki ciemno czerwone, łatwo broczące. Powiększone brodawki naciekłe komórkowo wypychają *rete Malpighi*. Przy dłuższem trwaniu znamiona te przybierają jeszcze więcéj cech trwałych i powstaje obraz *Vag. pap. chron.* W *vaginit. atrophica* warstwa przybłonkowa grubieje, przyczem *rete* jakoteż sama *cutis* wskutek zaniku i spłaszczenia się komórek cieńczeje. Wytwarza się dużo tkanki łącznéj, która ugniata naczynia. Wskutek tego błona śluzowa jest bladą, spłaszczoną i gładką, ścięgnisto połyskującą. Występuje ona zazwyczaj po licznych porodach i nie powinno się jéj brać za zanik starczy. *Vaginitis aphthosa* często występuje równocześnie z aftami w ustach i zupełnie takie same zmiany przedstawia, fakt, który dotychczas ani ginekologom ani syfilidologom nie był znany. W błonie śluzowéj pochwy nie mamy ani gruczołów łojowych, ani potnych, ani cebulek włosowych z ich pochewkami i odpowiednią siecią naczyń. Zmiany więc patologiczne nie grupują się w około tych ognisk, jak tu ma miejsce w chorobach skórnych, lecz rozpływają się jednostajnie po całéj błonie, tworząc zawsze tym sposobem postać rozsianą, a nie ogniskową zapalenia. (*D. m. W.*, 1890, Nr. 37). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Doc. Dr. Paltauf: **O wpływie gazów wybuchowych prochu na krew i o nowym objawie postrzału z bliska**

Wszystkie cechy postrzału z pobliża padającego są wywołane: samym nabojem, płomieniem, gazami wybuchowemi prochu, jako czynnikiem mechanicznym, pakułami i niespalonemi ziarnami prochu. Ztąd pochodzą obrażenia powłok zewnętrznych w postaci rany, oparzenie skóry okalającéj otwór postrzałowy, osmolenie skóry sadzą i punktowate zabarwienienie téjże, pochodzące od niespalonych ziarn prochu, które w niéj utkwiły. P. dodaje do tych cech tylko działaniem mechanicznem wywołanych cechę nową, polegającą na zmianie chemicznéj hemoglobiny pod wpływem gazów wybuchowych.

Zauważył on, że otwór postrzału u licznych samobójców w zakładzie prof. Hofmanna sekcyjonowanych, posiada otoczkę jasno-wiśniowéj barwy zwłaszcza po oddzieleniu skóry najlepiéj w warstwie mięsnéj uwidoczniającéj się. Wyciąg wodny z warstwy téj sporządzony daje w spektroskopie dwie smugi absorbcyjne α i β podobnie jak roztwór krwi zwykłéj tylko nieco ku końcowi fijoletowemu przesunięte. Wstrząsanie roztworu tego na powietrzu nie zmienia wcale obrazu spektralnego, a dolanie siarczku amonu zaledwie lekkie zaciemnienie jasnéj smugi między α i β wywołuje.

Odczyny z ługiem sodowym, z kwasem garbnikowym, chlorkiem rtęciowym i t. d. były podobne do tych, które są właściwe krwi zawierającéj COHb. Celem przekonania się, czy w istocie jasna ta obwódka pochodzi od połączenia się Hb z tlenkiem węgla w gazach wybuchowych prochu zawartym, przeprowadził szereg doświadczeń, spalając różne gatunki prochu przy dostępie powietrza i bez tegoż tak, aby gazy na próbki podstawionéj krwi zwykłéj działać mogły i przekonał się, że barwę jasno wiśniową zawdzięcza obwódka ta tlenkowi węgla, powstającemu przy spaleniu prochu. P. sądzi, że nowa ta cecha na znaczeniu zyska, gdy proch bezdymny miejsce zwykłego w zupełności zajmie. Prawdopodobnem bowiem być się zdaje, że proch bezdymny zawiera nitrocelulozę, dającą około 30% tlenku węgla przy spaleniu. Gdy z użyciem tego prochu wiele z dotychczasowych cech postrzału z bliska odpadnie, nowa cecha na znaczeniu zyska. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1890, Nr. 51—52). *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

Dr. Heitzmann (Wiedeń): **O użyciu kąpieli borowinowych Mattoniego w chorobach kobiecych.** — (*Hensers Verlag — Berlin Neufeld*).

Przetwory borowinowe firmy Mattoniego uzyskały w lecznictwie zupełne prawo obywatelstwa. Coraz częściéj też literaturę lekarską zasilają rozprawy lekarzy poważnych, skuteczność tych przetworów omawiające. Sztuczna borowina ma rozległe wskazania, działa ona uzdrawiająco w chorobach polegających na niedostatecznéj lub wadliwéj przemianie pierwiastków, wspomaga działanie nerek i skóry, a przedewszystkiem przyczynia się do wzmocniania i jędrnienia tkanek, przyspiesza krążenie limfy i krwi i ztąd pochodzi jéj znakomita siła resorbcyjna. Własność ta otwiera jéj w ginekologii szerokie pole działania. Skutecznością borowiny w tym dziale chorób zajął się ostatniemi czasy Dr. Heitzmann, a spostrzeżenia swoje w obszernéj pracy umieścił. Przeczytawszy ją przychodzimy do przekonania, iż kąpiele borowinowe nie są zabiegiem leczniczym, który lekceważyć można. W uporczywych i na cały organizm niekorzystnie wpływających cierpieniach kobiecych borowina jest lekiem energicznym i skutecznym, a wiedząc, jak cierpienia te są uporczywe i jak często cierpliwość lekarza i choréj na próbę wystawiają, ginekologowie nie powinni o borowinie, jeżeli tylko jest wskazaną, zapominać. H. w pierwszéj połowie swéj pracy zaznajamia nas z składnikiem chemicznym borowiny, a mianowicie soli i ługu. Omawia daléj sposób przyrządzania kąpieli i ich użycia i zastanawia się nad fizyjologicznem ich działaniem. W drugiéj części zajmuje się specyjalnie działaniem borowiny w chorobach kobiecych.

Borowina przedewszystkiem działa zadziwiająco w cierpieniach przewłocznych; wszystkie przypadki świeże połączone z podwyższeniem ciepłoty albo takie przypadki chroniczne, które czasami zaostrzają się, nie nadają się do leczenia borowinowego. Ciąża także należy stanowczo do przeciwwskazań. Nie należy jéj używać u osób z choremi płucami lub sercem. Leczyć więc borowiną będziemy chroniczne cierpienia jajników, macicy, jéj błony śluzowéj, jakoteż wysięki około i pozamaciczne. Także cierpienia pochwy i części rodnych zewnętrznych nadają się do leczenia borowinowego, a mianowicie wobec znacznego zwiotczenia warg wstydliwych, przedsionka i osłabienia mięśnia *constrictor cuni*, w przypadkach, gdzie wejście do pochwy jest ciągle rozwarte, co niekorzystnie na jéj błonę śluzową wpływa. Szczególną uwagę zwraca autor na działanie borowiny w zmianach położenia macicy. Czy mamy przed sobą *flexio*, czy *versio*, czy opad macicy, borowina wzmacniając i czyniąc jędrniejszemi więzadła maciczne, do ustalenia tego organu znakomicie się przyczynia. Kąpiele te, według autora często daleko skuteczniéj działają, aniżeli nieprzyjemne krążki i *pessaria*. Twierdzenia swoje popiera autor liczną kazuistyką z swéj praktyki wziętą, a na końcu książeczki umieszcza tablicę, która w sposób graficzny poprawę stopniową w przebiegu chorób czytającemu uwidocznia. *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Willy Stroh: **O nieprawidłowościach w wydzielaniu chloru w chorobach żołądka.**

S. badał wydzielanie chloru w moczu w ten sposób, że zbierał mocz w porcyjach trzechgodzinnych i oznaczał ilość chloru według sposobu Vollharda z modyfikacyją Salkowskiego. Ilości chloru w kale nie oznaczał, także nie w pokarmach, te jednak były u wszystkich osób do doświadczenia użytych jednakie. Zdrowe osoby wydzielają średnio 16 g. chloru na dzień. Pewna regularność krzywizny wydzielania chloru w przeciągu 24 godzinnego okresu była przytem widoczną i można ją było nawet jeszcze stwierdzić w stanie głodzenia. Wyniki uzyskane u chorych na żołądek, potwierdzają to, co Stricker, Gluziński i inni już opisali. Wykazało się mianowicie, że wydzielanie chloru z moczem w chorobach żołądka może być zupełnie prawidłowe. Tak ma się rzecz we wrzodzie żołądka bez powikłań i w niestrawności nerwowéj z nadmierną kwasotą, w błednicy itd. Powiększenia wydzielania chloru nigdy nie spostrzeżono, natomiast zmniejszenie jako objaw regularnie towarzyszący przewlekłemu nadmiernemu wydzielaniu z rozstrzenią. W tych przypadkach była wartość chloru uderzająco mała i nie powiększała się wybitnie, jeżeli żołądka nie przepłukiwano. Znaczne zmniejszenie wydzielania chloru można było stwierdzić u kilku chorych z rakiem żołądka. Ponieważ w obu przeciwnych obrazach chorobowych okazuje się tak znaczne zmniejszenie się chlorków w moczu, dlatego należy przyznać rozstrzygający przytem wpływ przeszkodzie w wsysaniu, mogącéj być raz wielką, drugi raz małą. (*Rozpr. inaugur.* Giessen). *Dr. Bf.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 4 b. m. znowu demonstracyje Virchowa wzbudziły żywe zajęcie. Jednym z przedstawionych preparatów były płuca mężczyzny, zmarłego po 12 injekcyjach, które przedstawiały obraz t. zw. *Phthisie mélanique* Baylea. Jest to karnifikacyja tkanki płucnéj, która równocześnie zajęta jest pylicą węglową; w dwóch miejscach wytworzyła się *pneumonia dissecans* wywołana cierpieniem tkanki międzyzrazikowéj. Drugi przypadek okazuje możliwość przejścia ostréj hepatyzacyi w zgorzel, na co poprzednio już V. zwrócił uwagę. Wreszcie przedstawił preparaty z dziecka, które dotknięte było gruźlicą stawu biodrowego i w pierwszych dniach leczenia nie okazywało żadnych zmian w płucach. Wykonana resekcyja zdawała się mieć rezultat pomyślny. Po 15 injekcyjach i zastosowaniu 0·0445 grm. limfy Kocha dziecko zmarło. Sekcyja wykazała rozległą gruźlicę prosówkową, która szczególniéj rozszerzyła się była w szpiku uda zajętego sprawą gruźliczą, w płucach i wątrobie. Ciekawem jest, że u tego dziecka, $3^3/_4$ lat mającego, istniały głębokie owrzodzenia ochrzęstny w okolicy chrząstek nalewkowych. W końcu przemówienia zwraca się V. przeciwko zarzutom Neissera (patrz „Przegląd Lek.“ Nr. 6) i wypowiada przytem życzenie, aby lekarze o kolegach swoich oględniéj się wyrażali. (*Deut. med. Woch.* Nr. 7).

Na następnem posiedzeniu odbytem w dniu 11 lutego Virchow, odpowiadając na zaczepki pism lekarskich i nielekarskich, w dłuższéj przemowie wypowiedział zapatrywania swoje co do działania leczniczego środka Kocha, oparte na dotychczasowem doświadczeniu. Tkanka gruźlicza, powiada V., składa się z trzech części: z właściwego gruzełka, z tkanki (granulacyjnéj), która około gruzełka przed lub po nim powstała i wreszcie z produktów wypocinowych. Trzeba zatem odpowiedzieć na pytanie, na którą z tych części składowych środek Kocha właściwie działa. Na razie można tylko tyle powiedzieć, że bezpośredniego działania jednostajnego i stałego na gruzełki jako takie nikt dotąd nie widział. W ogólności gruzełki zachowują się rozmaicie, w miarę umiejscowienia, a wpływ środka Kocha na nie jest różny. O wygojeniu gruzełków można mówić tylko wtedy, jeżeli naokoło nich wytworzy się zbita tkanka łączna, która je otarbia; zwyrodnienia tłuszczowego z następową resorbcyją gruzełka nie zauważa się. Co się tyczy prątków gruźliczych, to Koch sam stanowczo oświadczył, że takowe pod wpływem środka jego nie ulegają zmianie.

Natomiast tkanki otaczające gruzełki wpływowi limfy Kocha więcéj ulegają niż gruzełki same. Jest to korzystne z tego względu, że przez rozpad téj tkanki gruzełek sam staje się wolnym i może być z ustroju wydalonym; jednakże z drugiéj strony zagraża niebezpieczeństwo, jak tego mamy liczne przykłady, że te zmiany w tkance otaczającéj mogą przybrać takie rozmiary, iż zagrażają życiu chorego.

Środek Kocha przyspiesza pewne okresy przemiany wstecznéj i rozpadu, które i bez jego wpływu przychodzą do skutku powoli. Stanowczo można bowiem zaprzeczyć mniemaniu, jakoby pod wpływem tego środka występowała w tkankach jakaś sprawa, któraby i bez jego udziału się nie pojawiała, ale przebieg tych procesów jest o wiele szybszy, co może także być wśród niektórych okoliczności dla chorego korzystnem.

Następnie zastanawia się Virchow nad opisywanem przez autorów wyjawnianiem stłumień w płucach. Zdaniem jego są to zmiany w natężeniu zapalenia nieżytowego płuc (*pneumonia catarrhalis*), które towarzyszą sprawie gruźliczéj płuca, a które w zwykłym przebiegu gruźlicy częstym ulega przemianom. Ogniska zserowaciałe nie mogą uledz resorbcyi, bo albo się otarbiają, albo są przyczyną wytworzenia się jam — w każdym razie na miejscu, gdzie one się znachodzą, nie może przyjść do wyjawnienia odgłosu stłumionego. Nie ma żadnego spostrzeżenia, któreby przemawiało za tem, że środek Kocha sprzyja wytworzeniu się sprawy induracyjnéj i otarbianiu się ognisk serowatych zbitą tkanką włóknistą. Owszem V. ma uzasadnione podejrzenie, że środek ten już otorbione masy uwalnia i w ten sposób ognisko, które na pozór przynajmniéj było nieszkodliwe, staje się dla chorego niebezpiecznem. (*Wien. med. Bl.* Nr. 8). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XV w dniu 4 lutego 1891 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński.

1) Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w ciągu r. 1890. Zmarło 5 członków, a mianowicie Dr.: Czengery, Gawroński, Goebel, Lutostański i Radek. Przybyło 4 prenumeratorów a mianowicie Drowie Gluziński Lesław, Momidłowski Walery, Strumieński Adam i Sysak Gabryjel. Liczba

członków wynosi z końcem 1890 r. 217 (honorowych 3, czynnych 110, prenumeratorów 104).

W ubiegłym roku wydało Towarzystwo tylko trzecharkuszową monografiję Dra Władysława Harajewicza p. t. „Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich według metody Thure-Brandta“. zachowując zebrane fundusze do wydania kilku obszerniejszych dzieł oryginalnych, które przygotowują się do druku.

Rozsprzedaż dzieł poprzednio wydanych postępuje prawidłowo, albowiem z odbitych 7700 egzemplarzy pozostaje nierozsprzedanych 2941 egz. Uczniowie medycyny tak krakowskiego Uniwersytetu, jakoteż innych Uniwersytetów, otrzymują na żądanie wszystkie dotychczas wydane dzieła po cenach niezmiernie tanich.

2) Na wniosek Przewodniczącego oddano przez powstanie cześć zmarłym członkom Towarzystwa.

3) Na wniosek komisyi kontrolującéj (Dr. Buszek i Dr. Ściborowski), która rachunki z r. 1889 znalazła w zupełnym porządku, udzielono Zarządowi Wydawnictwa absolutorium. — Do zbadania rachunków z r. 1890 i stanu kasy wybrano tę samą komisyję kontrolującą.

4) Na wniosek Zarządu Towarzystwa uchwalono wydawać w luźnych $1\frac{1}{2}$—3 arkuszowych zeszytach monografije i rozprawy oryginalne z zakresu medycyny praktycznéj.

5) Skarbnik Doc. Dr. Grabowski przedstawia stan funduszów: W dniu 1 Stycznia 1890 r. majątek Wydawnictwa wynosił 5510 złr. 01 ct. W roku 1890 dochód wynosił 876 złr. 80 ct. (a mianowicie składki członków 187 złr. 82 ct., rozsprzedanie dzieł 459 złr. 68 ct., odsetki i kupony 229 złr. 30 ct.); rozchód wynosił 150 złr. 82 ct. (koszta wydania monografii Dra Harajewicza 91 złr. 70 ct., rozsełka dzieł 6 złr. 82 ct., pensya administratora 50 złr., wydatki pocztowe i kancelaryjne 2 złr. 30 ct.). Nadwyżka dochodów wynosi więc 725 złr. 98 ct. Z dniem 1 Stycznia 1891 r. majątek Wydawnictwa wynosi więc 6235 złr. 99 ct., z czego znajduje się 14 złr. 39 ct. w gotówce a reszta w książeczkach wkładkowych Kasy Oszczędności i Towarzystwa zaliczkowego i w papierach wartościowych.

6) Na następne dwulecie wybrano prezesem założyciela Towarzystwa i dotychczasowego prezesa prof. Dra Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Dra Oettingera, a do Zarządu Wydawnictwa weszli ci sami członkowie a mianowicie: skarbnikiem wybrano Doc. Dra Grabowskiego, podskarbim i sekretarzem Dra Surzyckiego, członkami Wydziału: prof. Dra Blumenstoka, Dra Kwaśnickiego i prof. Dra Pieniążka, a zastępcami proff. Gluzińskiego, Jaworskiego i Obalińskiego i Drów Buszka, Paszkowskiego i Wiszniewskiego. Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VI. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 26 lutego. Wśród ważnych spraw z zakresu sanitarnego, które wymagają rychłéj i gruntownéj reformy, zajmuje pierwsze miejsce rewizyja ustawy z r. 1872, odnoszącéj się do studyjów i egzaminów lekarskich. Tak samo bowiem jak organizacyja lekarzy gminnych ma i ta ustawa za zadanie postarać się, aby nad ludnością rozciągali opiekę lekarską lekarze wykształceni wszechstronnie teoretycznie i praktycznie, rzeczywiści *doctores universae medicinae*, których zadaniem byłoby nietylko leczenie, lecz także zapobieganie chorobom, stosownie do wymagań higijeny i ustaw policyjno-sanitarnych.

Ministerstwo spraw wewnętrznych i oświaty dokonawszy w roku zeszłym reformy studyjów farmaceutów, przygotowuje obecnie materyjał celem przedsięwzięcia reformy studyjów i egzaminów lekarskich, a spodziewać się należy, że powołane do poruszenia téj kwestyi fachowe pisma wezmą udział w dyskusyi nad tą ważną sprawą. Za pierwszy krok w powyższym kierunku uważać należy rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 1 go lutego 1891 r. L. 641, wydane do władz politycznych krajowych następującéj treści:

„Aby uzyskać podstawy do dokonać się mającéj rewizyi ustawy o studyjach i rygorozach lekarskich, postanowiło Ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem oświaty zasięgnąć opinii dyrektorów i prymaryjuszów większych szpitali, w których stosownie do ustawy z dnia 15-go kwietnia 1872 lekarze po osiągnięciu stopnia doktora obejmują obowiązki, co do stopnia naukowego wykształcenia i wprawy młodych lekarzy a mianowicie według spostrzeżeń z ostatnich lat dziesięciu

Aby te cenne wskazówki jaknajrychléj uzyskać i stosownie zużytkować było można, żechce c. k. . . . . . odnośne opinije, względnie wnioski gron prymaryjuszów większych szpitali krajowych lub miejskich, uzyskane za pośrednictwem dyrektorów tych zakładów, których również o zdanie w téj sprawie zapytać należy, przedłożyć do 1-go marca r. b. i to wraz z własnemi zapatrywaniami i wnioskami“.

Po raz pierwszy daje powyższem rozporządzeniem Ministerstwo sposobność gronom w téj mierze najkompetentniejszym do wyjawienia zdania o ujemnych stronach obecnego sposobu uczenia i egzaminowania. To też należy mieć nadzieję, że grona prymaryjuszów przedłożą opinije wytrawne, uzyskane na podstawie wieloletnich spostrzeżeń, a sądząc na podstawie zdań niejednokrotnie objawionych śród rozmów prywatnych, położą zapewne nacisk na praktyczne kształcenie uczniów medycyny, zamiast niepotrzebnego zajmowania ich zoologiją, mineralogiją, botaniką a po części nawet fizyką. Należy się również spodziewać, że i dla przedmiotów, wchodzących obecnie w zakres egzaminów t. z. fizykackich a mianowicie higijeny, policyi sanitarnéj i psychijatryi znajdzie się z czasem miejsce śród ścisłych egzaminów lekarskich. *Dr. Schaitter.*

* W sobotę d. 28 b. m. odbędzie się w Krakowie rzadka uroczystość. JE. tajny radzca Józef Majer, czerstwy na ciele i na umyśle, w dniu tym obchodzić będzie jubileusz doktorski 60-letni. Wydział lekarski, którego był wychowańcem, a następnie profesorem, dziekanem i przełożonym jako rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, uchwalił wręczyć mu adres, który wręczy mu dziekan na czele członków Wydziału lekarskiego; Towarzystwo lekarskie reprezentowane przez komitet swój złoży życzenia Jubilatowi czcigodnemu, jako swemu zawsze życzliwemu orędownikowi i Nestorowi lekarzy galicyjskich.

* Sekcyja przygotowawcza medycyny wewnętrznéj VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie odbyła III-cie posiedzenie w dniu 17 lutego b. r., na którem 1) uproszono p. Doc. Dra Poniklę o podjęcie się koreferatu o leczeniu klimatem swoiskim i Dra St. Momidłowskiego koreferatu o metodzie O'Dwyera. 2) Przyjęto do wiadomości, że Dr. Pruszyński z Warszawy podejmuje się referatu „o ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na leczenie tych chorób“. 3) Przyjęto zgłoszone wykłady: Dra A. Sokołowskiego: „Przyczynek do patologii gardła“ i Dra H. Dobrzyckiego: „Rzecz o klimatoterapii“.

Sekcyja przygotowawcza medycyny wewnętrznéj uprasza wszystkich kolegów o rychłe nadsyłanie tytułów odczytów na VI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie pod adresem prof. Korczyńskiego, a szanowne Redakcyje pism lekarskich o powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

* Na odbytem w przeszły piątek walnem posiedzeniu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu proponowani przez Wydział lek. przez aklamacyję wybrani zostali członkami honorowymi.

* Praca Dra Becka o oznaczaniu lokalizacyi czynności mózgu i rdzenia za pomocą objawów elektrycznych, ogłoszona w rozprawach Akademii krak. i w *Centralbl. f. Physiologie* w r. 1890, zwróciła na siebie uwagę zagranicy. Prof. fizyjologii Herzen w Lozannie zdał z niéj obszerną sprawę w *Revue Scientifique* z 31 stycznia 1891, bardzo pochlebną i listownie odniósł się do autora z prośbą o wyjaśnienie niektórych szczegółów.

* Wydział krajowy d. 13 lutego 1891 r. mianował Dra Jana Stella-Sawickiego Radcą Wydziału krajowego *„ad honores“*, w uznaniu jego sumiennéj, gorliwej i skutecznéj pracy, którą jako Inspektor poświęcił uporządkowaniu i rozwojowi szpitali w kraju.

* W tygodniu 6 tym (8—14-go lutego) było w Krakowie małżeństw 27, urodzin 70, skonów 48 (33·49), z tych z gruźlicy 14, z dławca i zap. płuc po 4, z duru brzusznego 2.

* Dowiadujemy się, że Mac Millen, wydawca słownika lekarskiego w kilku językach, zgłosił się do kol. Dra Fritschego w Warszawie z propozycyją, aby jeden z lekarzy polskich podjął się redakcyi działu polskiego w tym słowniku.

* **Nekrologija** W Berlinie umarł tajny radzca lekarski Dr. Herman Quincke, licząc lat 85, ojciec Henryka prof. kliniki lek. w Kielu. — W Potsdamie zmarł słynny optyk prof. Dr. Edmund Hartnack w 66 roku życia. Jak wiadomo pracował on wspólnie z fizykiem warszawskim Prażmowskim w Paryżu od r. 1864 do 1870, a wydalony z Paryża po wojnie, przeniósł się do Potsdamu, oddawszy zakład paryzki Prażmowskiemu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Srodę dnia 4 marca b. r. o godzinie 6 téj wieczorem zwyczajne posiedzenie w *Collegium physicum* (ul. św. Anny, lectorium I., sala wykładowa prof. Łazarskiego). — Porządek dzienny: 1) kol. Idziński: Przedstawienie chorego z wycięciem kawałka tętnicy i żyły udowéj lewéj. 2) Dalszy ciąg sprawozdania o działaniu limfy Kocha (koll. Browicz, Gluziński i Pieniążek). 3) kol. Pieniążek: Wyjęcie kaniuli z lewego oskrzela. 4) kol. Opieński: O przyczynach wywołujących zmiany w prawidłowéj konsystencyi moczu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 7 Marca 1891. Nr. 10.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Przyczynek do zachowania się laseczników gruźliczych w lupus pod wpływem płynu Kocha.

Podał

Leon Kryński.

Napotykane w literaturze metody przeciwgruźliczéj Kocha nieliczne wskazówki co do wpływu szczepień na same laseczniki chorobotwórcze dotyczą przeważnie ich strony morfologicznéj. Spostrzeżenia Fraentzla, Guttmanna, Feigla i innych przedstawiają dość rozmaite zmiany w kształtach i budowie laseczników, wydzielanych w plwocinie, zmiany, zdaniem tych autorów, zależne od działania wstrzykiwanego płynu. Inni autorowie (Lenhartz, Amann) opisują zwiększenie ilości tych drobnoustrojów w plwocinie po zastrzyknięciu, częstokroć bardzo wybitne, krócéj lub dłużéj utrzymujące się. Podobne zmiany jakościowe i ilościowe widzieliśmy wielokrotnie w plwocinach niektórych chorych, poddanych szczepieniom Kochowskim w naszéj klinice. Jednakże przy tego rodzaju spostrzeżeniach można tylko nader ostrożnie wysnuwać wnioski co do związku pomiędzy temi zjawiskami a szczepieniem, gdyż niejednokrotnie analogiczne zmiany zupełnie niezależnie obserwować możemy w plwocinach suchotników.

W obec tego nie pozbawionem znaczenia będzie następujące spostrzeżenie, dotyczące jednego z przypadków wilka, leczonego w klinice płynem Kocha.

Wiadomo jest, jak rzadko udaje się znaleść laseczniki w tkance w téj postaci gruźlicy skóry. Koch w jednem sprawozdaniu ze swych badań w tym kierunku w r. 1884 przytacza, że w jednym przypadku wilka musiał zbadać mikroskopowo dwadzieścia siedm skrawków tkanki, zanim w ostatnim znalazł jednego lasecznika, w drugim zaś przypadku dopiero w 43-im z kolei. Podobnie Cornil na 12-cie przypadków wilka, z których z każdego robione były liczne skrawki, raz tylko znalazł laseczniki. Inni badacze (Pfeiffer, Doutrelepont, Fraenkel) znajdowali częściéj, zawsze jednak w bardzo małéj ilości. W tym więc rodzaju gruźlicy zwiększenie liczby pasorzytów, dające się spostrzedz po zastosowaniu jakiegoś środka, słusznie można uważać jako *post hoc, ergo propter hoc.*

Chłopiec 15 letni, wiejski, dotknięty był ciężką postacią wilka twarzy, podbródka i szyi. Sprawa chorobowa trwa u niego od lat 4-ch, wywołując coraz większe zniekształcenie dotkniętych części. Skutkiem ściągania przez blizny lewa powieka dolna uległa wywinięciu (*ectropion*); w różnych miejscach policzków, skrzydeł nosa i brody wybujałości skórne, pokryte gdzieniegdzie grubemi, brudno-czerwonawemi strupami. W dwóch miejscach z pod strupa sączy się ciecz ropna, nie zawierająca laseczników gruźliczych. Indywiduum dość nędznéj budowy i odżywiania; oprócz sprawy chorobowéj w skórze ma jeszcze niewielkie zmiany naciekowe w prawym wierzchołku płuc.

Pierwsze zastrzyknięcie płynu Kocha w ilości 0·001 grm. nadzwyczaj burzliwy sprowadziło odczyn, zarówno ogólny jak i miejscowy: ciepłota 40, tętno 148, ogólny zapad. Twarz cała mocno zaczerwieniona, miejsca lupusowe obrzmiałe i przekrwione, na całem ciele rozlana czerwoność, przypominająca zupełnie szkarlatynę. Podobne objawy występowały po każdéj z szeregu następnych injekcyj. Istniejące strupy mocno zgrubiały i powiększyły się; oprócz tego i inne miejsca pokryły się na powierzchni strupami koloru ciemnoczerwonego, przepojonemi płynem surowiczo-ropnym. Strupy te oddzielałem drugiego lub trzeciego dnia po każdéj injekcyi i wraz z tkanką, pod niemi leżącą, i poszukiwałem laseczników. Przedstawiało to niejakie trudności techniczne. Nader niejednostajna konsystencyja badanych tkanek utrudniała bardzo robienie skrawków zarówno w stanie świeżym, jak i po zatopieniu w celloidynie. Najlepiéj stosunkowo udawało się krajać mikrotomem po zamrożeniu preparatu. Otrzymane skrawki dość drobne barwiłem fuksyną

sposobem Ehrlicha z podbarwianiem błękitem metylenowym. Przygotowane w ten sposób preparaty przedstawiały rozmaity obraz stosownie do czasu, w jakim były badane. Przed injekcyją nie zawierały one wcale laseczników gruźliczych; tak samo pod tym względem przedstawiały się one po pierwszéj injekcyi, badane we 24 godzin po niéj. W preparatach, wziętych po drugiem zastrzyknięciu, z trudnością udało się znaleźć 2 laseczniki i to po bardzo długiem i ścisłem szukaniu. To też prawdziwą niespodziankę stanowiły obrazy mikroskopowe, jakie znalazłem na preparatach ze strupów, zdjętych po 3-ciem zastrzyknięciu.

Pośród kawałków znekrotyzowanéj, po części jeszcze żyjącéj, lecz mocno zwyrodniałéj tkanki, spotykamy laseczniki gruźlicze, wyraźnie czerwono zabarwione, już nie oddzielnie lub kolonijami, lecz ogromnemi masami zalegające w tkance. Konglomeraty takie, liczące w sobie tysiące osobników, różnego kształtu i wielkości, dają od siebie jakby wyrostki, złożone z laseczników i rozchodzące się w tkankę. Obrazy tego rodzaju spotykamy w każdym prawie polu widzenia. Najliczniéj rozrzucone są drobnoustroje w tkance jeszcze nieznekrotyzowanéj zupełnie, w najgłębszéj warstwie strupów, stanowiącéj przejście do tkanki żyjącéj.

Co się tyczy postaci morfologicznéj tych drobnoustrojów, to nie przedstawiają one nic tak odrębnego, coby się nie spotykało w innych tkankach lub wydzielinach gruźliczych: w ogóle są dość drobne, niejednakowej zresztą wielkości; w niektórych protoplazma barwi się niejednakowo mocno na całéj przestrzeni; miejscami tworzą się jakby przerwy; znaleść można zgrubienia, częściéj na końcach niż w środku. Spotykają się postaci bardzo mocno wygięte. W kilku miejscach laseczniki są tak krótkie czy poprzerywane, że robią wrażenie króciutkich pałeczek lub nawet koków, zachowując jednakże zupełnie czerwone zabarwienie. Grupy tak zmienionych laseczników w plwocinie uważa Guttmann za charakterystyczne następstwo wpływu injekcyj Kocha. Przy późniejszych badaniach strupów po następnych injekcyjach ani razu nie otrzymałem takich obrazów. W jednym tylko przypadku, po 5 em zastrzyknięciu, znalazłem w skrawkach dwa laseczniki, wszystkie zaś pozostałe badania miały wynik ujemny.

Tak więc przedstawione rozmnożenie się laseczników gruźliczych w niezwykłych rozmiarach w danym przypadku wilka zdaje się stanowić niewątpliwy wynik działania wstrzykniętego płynu, działania w tym razie nadzwyczaj energicznego. W jakim stopniu i śród jakich warunków własność ta jego przejawiać się może, na to obecnie w literaturze żadnych wskazówek nie mamy. Z oświadczeń samego Kocha wiemy tylko, że płyn ten na laseczniki zabójczo bynajmniéj nie działa; że zaś wpływać może na ich rozwój dodatnio, na to wskazują przypuszczenia niektórych klinicystów, opierających się na badaniu plwocin chorych, i bardziéj jeszcze przekonywające wyniki badań zwłok po injekcyjach, gdzie znajdowano zupełnie świeżo roszerzający się proces gruźliczy. O. Israel, badając tkankę w jednym przypadku chirurgicznym (*tuberculosis tarsi*), znalazł laseczniki tylko w częściach znekrotyzowanych, podczas gdy w sąsiedniéj tkance żyjącéj wykryć ich nie mógł; dlatego też uważa on zjawisko to za dowód dodatniego wpływu szczepienia, które sprzyja tą lub inną drogą wydzieleniu drobnoustrojów z organizmu. Że laseczniki usuwają się rzeczywiście z ustroju, o tem wymownie świadczy przedstawiony tu przypadek wilka, lecz akt ten poprzedza inna sprawa, — sprawa szybkiego mnożenia się pasorzytów w tkankach. Jeżeli zaś rozwijając się, przechodzą one do warstw powierzchownych dotkniętéj chorobą skóry i razem z niemi oddzielają się na zewnątrz, to zarówno jest możliwe, że podobnie posuwać się mogą w kierunku przeciwnym, tj. w głąb tkanki, gdzie, znalazłszy dogodne warunki dla rozwoju, mogą tworzyć nowe ogniska gruźlicze. Tym sposobem wynik ostateczny zależeć będzie od dwóch czynników w téj sprawie: kierunku, w jakim posuwać się będą nagromadzone pod wpływem płynu Kocha pasorzyty i stanu odporności najbliższych tkanek, do których najpierw dostaną się one. Czem siła odporna elementów tkankowych będzie wyższa i przewaga w przesuwaniu się mas drobnoustrojowych będzie w kierunku ku zewnątrz, tem dodatniejszy będzie wynik szczepienia i wywołanych przezeń zaburzeń, jak to ma miejsce w naszym przypadku wilka — i odwrotnie. W każdym razie, jeżeli stwierdzimy niewątpliwie dodatni wpływ płynu Kocha na mnożenie się laseczników, widzieć w nim będziemy musieli środek nadzwyczaj obosieczny.

II. Z oddziału kiłowo-skórnego kob. we Lwowie Dra Ż. Krówczyńskiego.

Leczenie wilka skóry limfą Kocha.

Napisał

Dr. M. Świątkiewicz,

sekundaryjusz szpitala powszechnego.

Wyniki lecznicze limfą Kocha uzyskane w wilku tak obszernie już rozbierano, że wydawałoby się zbyteczną rzeczą mówić jeszcze o nich, tem bardziéj, że nic nowego powiedziećbyśmy nie mogli. Mimo to zabieram głos, usprawiedliwiając się tą okolicznością, że w piśmiennictwie polskiem prócz pracy E l s e n b e r g a, ogłoszonéj w Gazecie Lekarskiéj Nr. 6 i 7 r. b., nic dotąd nie pisano. Aby więc złożyć dowód, że odkrycie Kocha i polskich lekarzy chorób zakaźnych do spostrzeżeń pobudziło, podaję pokrótce wyniki lecznicze limfą Kocha otrzymane we wilku skóry w oddziale kiłowo-skórnym prymaryjusza Dra Krówczyńskiego we Lwowie. Zamiast podawać szczegółowo historyje chorób, gdy one do objaśnienia w niczem się nie przyczynią, podam tylko ostateczny rezultat, podnosząc szczegółowo najważniejsze momenta. Również nie będę się rozwodził ani nad reakcyją miejscową ani ogólną, która we wszystkich przypadkach się objawiała, a niczem nie różniła od opisanych przez innych spostrzegaczy; zauważę tylko, że obserwowano i taki przypadek wilka skrzydła nosowego i górnéj wargi, w którym reakcyja tak miejscowa jak ogólna, mimo stosunkowo wysokich dawek, ostatnia 0·17, były bardzo znikome. Chociaż sprawa chorobowa według podania choréj była bardzo świeża, zajęcie stosunkowo na małéj powierzchni, mimo to rezultat leczenia jest w tym przypadku ujemny, bo nie tylko powierzchnia chorobowo zajęta nie zmniejszyła się, ale proces stanowczo posunął się na skórze wargi po stronie lewéj i błonie śluzowéj nosa. Całą korzyścią, jaką z leczenia chora po 70 dniach leczenia odniosła, jest, że w miejscu najmniéj naciekłem nacieczenie skóry trochę się zmniejszyło. Stan ogólny choréj obecnie nie jest gorszy niż przed wstrzykiwaniami, a w wewnętrznych organach, mianowicie w płucach, dotąd nie stwierdzono żadnych zmian na niekorzyść,

chociaż po pierwszéj injekcyi 0·002 wystąpił kaszel i rzężenia. Chora straciła wprawdzie 1 klg. na wadze, ale ten, który wśród leczenia nabyła; ważyła bowiem przed rozpoczęciem wstrzykiwań 47 klg., po piątem 48, a w obecnéj chwili znowu 47 klg. Wynik leczenia w danym przypadku nie jest z pewnością lepszy, jakby go otrzymać można po zastosowaniu środków miejscowych, któremi dotąd przy leczeniu wilka posługiwaliśmy się.

O wiele ciekawszym zdawał się być przypadek wilka u chorej dotkniętéj równocześnie wczesną kiłą. W tym przypadku były dwa nacieki, jeden na policzku prawym pod kością licową w postaci nacieku guzkowego, niewrzodziejącego, drugi zaś po za uchem jako owrzodzenie, którego brzegi były mocno podminowane. Ponieważ stan wewnętrznych narządów, przedewszystkiem płuc, był zupełnie dobry, rozpoczęto od względnie wielkiéj dawki, bo od 0·007. W następstwie tego otrzymaliśmy wielką reakcyję miejscową i bardzo silną ogólną, ciepłota bowiem dochodziła wzwyż 40° C. i utrzymywała się przez 36 godzin, a tętno dosięgało do 120. Dopiero obfite poty usunęły śpiączkę i apatyję, które to objawy po każdem wstrzyknięciu się powtarzały. Ogółem wykonano u niéj 12 injekcyj, a gdy po dwu ostatnich u choréj ani miejscowéj ani ogólnéj reakcyi nie było, zaprzestano dalszych wstrzykiwań. Na policzku naciek ustąpił prawie zupełnie, ale po za uchem był po ostatniéj injekcyi taki sam, jak przed pierwszą i dla tego całą skórę podminowaną nożyczkami wycięto i po tym zabiegu otrzymano większą korzyść niż z dotychczasowego leczenia. W przypadku tym zasługuje na szczególne uwzględnienie ta okoliczność, iż zmiany kiłowe t. j. kłykciny na obu migdałkach i wargach sromowych po drugiéj injekcyi t. j. trzeciego dnia tak ustąpiły, że po śladach barwikowych zaledwie domyśleć się było można ich istnienia, mimo że z umysłu żadnego miejscowego leczenia przeciw kile nie stosowano. Stan ogólny jest stanowczo lepszy, chora zyskała 4 klg., co może należałoby kłaść na karb dobrego odżywiania, którego wyrobnica czasowo w aresztach przebywająca z pewnością nie miała. Oto rezultat 68-dniowego pobytu w szpitalu.

Jeszcze niestety mniéj korzystnym jest przypadek dotyczący choréj żydówki lat 18, u któréj po trzeciéj injekcyi 0·004 stan nacieków na policzku i nosie zdawał się tak szybko ustępować, że koledzy, którzy w Berlinie, Wiedniu i Krakowie wilki leczone metodą Kocha widzieli, twierdzili, iż tak szybko ustępujących zmian nie spostrzegali. U choréj téj bywała zawsze ogólna i miejscowa reakcyja wielka; ciepłota dosięgała 40·6° C., tętno bywało wyżéj 130, na skórze pojawiła się wysypka do płonicowéj podobna, w płucach po każdéj injekcyi występowały rzężenia i tarcie opłucnowe, a nawet przebyła chora żółtaczkę, którą dałoby się może i tem tłumaczyć, iż przez kilka dni nie chciała jadać pokarmów, przez szpital jéj dostarczanych. Ogółem w tym przypadku zrobiono injekcyj 10 (najwyższa 0·025), gdy się jednak przekonano, że na skórze dotąd niezajętéj policzka wystąpiły świeże, wilka cechujące guzki, a z drugiéj strony chora ciągle kaszlała w szczycie zaś płuca prawego wydech zaostrzony sie utrzymuje, zaprzestano dalszych wstrzykiwań, może nawet ze słusznéj obawy przed możliwem rozwinięciem się choroby płuc. Do przerwania leczenia skłonił nas także ból w okolicy pępka, który po dwóch ostatnich injekcyjach był bardzo dla choréj przykry. Chora obecnie straciła na wadze tylko $^1/_2$ klg.

Pozornie większą korzyść ze wstrzykiwań limfą osiągnęła chora wielokrotnie leczona w oddziale, u któréj były bardzo rozległe zmiany wilka na skórze twarzy, błonie śluzowéj warg, zębodołów przednich szczęki górnéj, podniebienia twardego i ostatniéj falangi kciuka ręki lewéj. U téj choréj spostrzegaliśmy miejscową i ogólną reakcyję bardzo znaczną, wysypkę wielkogrudkową i płonicową; gdy jednak po trzeciéj injekcyi (0·006) przez cały tydzień chora bez przerwy gorączkowała, przyczem ciepłota dochodziła powyżéj 40° C, gdy nadto kilkakrotnem badaniem płuc stwierdzono odgłos bębenkowy i rzężenia w dolnym płacie płuca lewego, zaprzestano injekcyj, chociaż po 7 dniach gorączki ciepłota wróciła nagle do stanu normalnego. Zmiany w płucach uznał kol. Krzyżanowski za wywołane influenzą, która w owéj chwili w naszym szpitalu się pojawiła. Obecnie wszystkie nacieki są mniéj widoczne, niż przed wstrzykiwaniami, nawet brodawki na kciuku są znacznie mniejsze, ale na brzegach dawnych nacieków na twarzy powstają znowu świeże guzki. Na wadze utraciła chora 4 klg., jest bledszą i bardziéj niedokrewną, jednem słowem ogólny stan stanowczo gorszy.

Najlepszy rezultat leczenia otrzymaliśmy w przypadku wilka twarzy, który bezskutecznie od 9-ciu lat srodkami miejscowemi był leczony. Istniały tu wszystkie postacie toczenia, bo na obu policzkach były miejsca pokryte guzkami, mniejsze i większe wrzody, a wreszcie na nosie przerosłe brodawki i zatokowate owrzodzenia. Z powodu *insuff. et stenos. mitralis in stadio compens. compl.* rozpoczęto od małéj dawki (0·002), po któréj reakcyja miejscowa i ogólna była niesłychanie wielka, jakiéj w żadnym z poprzednio wspomnianych przypadkach nie spostrzegaliśmy. Po pierwszych bowiem 2 injekcyjach szczególnie ze zatok skóry nosa wydobywały się masy brudno szaréj wydzieliny, która na drugi dzień w grube strupy zasechała. Po pierwszem wstrzyknięciu u choréj tak silne bóle w macicy wystąpiły podczas reakcyi ogólnéj, że obiema rękami dolną część brzucha uciskała dla ulżenia dolegliwościom. Zdaje się, że jakieś zmiany w tym organie musiały nastąpić, bo najbliższa regularność była u choréj tak obfitą, jak nigdy przedtem. Gorączka trwała po każdéj injekcyi przez 8—10 godzin, ciepłota dochodziła do 40·7° C., tętno do 140, po każdéj injekcyi występowała wysypka w postaci wielkich czerwonych plam lub powierzchownych nacieków, przyczem bolesność skóry wysypką zajętéj była znaczną. Po 2 do 3 dniach wysypka ustępowała poprzedzona obfitem złuszczeniem. Obecnie stan choréj ogólny jest taki sam, jak przed pierwszą injekcyją, miejscowy faktycznie o wiele lepszy, głębokie bowiem i rozległe owrzodzenia prawie się zagoiły, guzki po większéj części znacznie się zmniejszyły, brodawkowate wyrośla na nosie prawie zupełnie znikły, ale niestety na wardze górnéj ust dotąd niezajętéj powstały nowe guzki a zabliźnione owrzodzenia znowu się rozpadają. Na wadze zyskała chora 1 klg.

Stan ogólny i miejscowy powinienby zachęcać do dalszego leczenia tą metodą, ze względu jednak, że pacyjentka jest matką kilkorga dzieci, a obawa przed pogorszeniem stanu wewnętrznych narządów nie jest wykluczoną, postanowiono i w tym przypadku zaprzestać dalszych wstrzykiwań po 50 dniach leczenia. Nie będę przytaczał innych spostrzeżeń, na zakończenie tylko dodam, że nie rozczarowaliśmy się wynikami leczniczemi, bo od początku nie mogliśmy się pogodzić z myślą, aby rezultaty były rzeczywiście tak doniosłe,

jak z początku głoszono. Na razie zaprzestaliśmy używać limfy Kocha w leczeniu wilka, chociaż dziwnym zbiegiem okoliczności mamy aż nadto przypadków świeżych i powrócilibyśmy do tego sposobu leczenia tylko w takim razie, gdyby innych lekarzy spostrzeżenia wykazały tak dalece dodatnie rezultaty, że nasze spostrzeżenia należałyby do wyjątkowo niekorzystnych.

Rzeczywiście efekt leczenia w pierwszéj chwili po injekcyjach jest tak wybitny, że zupełnie usprawiedliwia przesadne przypuszczenia, iż tym sposobem wilka skóry wyleczyćby można. Niestety we wszystkich przypadkach przez nas obserwowanych świeżo powstające zmiany nie pozwalają rokować temu sposobowi leczenia wielkiéj przyszłości; poważne głosy rozmaitych badaczy, przedewszystkiem zaś spostrzeżenia sekcyjne Virchowa, powinny wpłynąć na zmniejszenie zapału, z jakim do leczenia środkiem nieznanym z początku przystąpiono. Przyszłość okaże, ile jest warte pod względem terapeutycznym odkrycie Kocha, dzisiaj zaś mamy prawo twierdzić, że ono w leczeniu wilka skóry nie da z pewnością takich rezultatów, jakich się z początku spodziewano. Injekcyje powtarzaliśmy w dłuższych odstępach czasu 5—6 dniowych, bo sztucznéj gorączki i jéj następstw nie mogliśmy uważać jako rzecz obojętną u dotkniętych wilkiem skóry.

Na jednę jeszcze okoliczność muszę zwrócić uwagę, która pod względem etyjologicznym zdaje mi się być ważną, mianowicie, że we wszystkich przypadkach powyżéj podanych i bardzo wielu innych, jak anamneza stwierdza, choroba płuc u rodziców istniała, a to u pierwszéj choréj matka umarła na suchoty, w drugim, trzecim i czwartym przypadku ojcowie byli chorzy, pacyjentki zaś, któréj historyję podaliśmy na zakończenie, ojciec wprawdzie żyje, ale jest typem téj budowy, którą jako *habitus phthisicus* określamy.

Niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu podziękowanie W. p. prymaryjuszowi, Dr. Krówczyńskiemu za odstąpienie mi materyjału obserwacyjnego, jako też za wskazówki i rady, których mi przy opracowaniu tegoż udzielał.

III. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8.)

Kto jednak miał sposobność obserwować w tych przypadkach działanie elektryczności statycznéj, musi jéj przyznać bezsprzeczną wyższość nad innemi sposobami, co nakazuje przypuszczać w niéj jakąś własność, któréj ani prądy stałe ani indukcyjne nie posiadają. Własnością taką jest wytwarzanie się ozonu. Jeśli nadto uwzględnimy badania Dra Sawickiego (Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na zjawiska elektryczne w nerwach. Sprawozdania z posiedzeń Akademii Umiejętności w Krakowie 1889), który udowodnił, że nerwy restytuują się w atmosferze czystego tlenu nader szybko, to zdaje mi się, że przypuszczenie moje nie będzie bezpodstawne, a mianowicie, że przy stosowaniu elektryczności statycznéj właśnie ozon, który nie jest niczem innem jak tlenem o wyższym składzie atomowym i o silniejszych własnościach, które tlen posiada, działać może daleko energiczniéj na gałązki nerwów twarzowych, cienkiemi tylko powłokami skórnemi osłonięte. Stąd wyższość elektryczności statycznéj nad dynamiczną.

Z kolei przechodzimy do działania iskier. Iskry statyczne stosowane do pewnych miejsc wywołują najpierw zblednięcie skóry i podwyższenie czucia; dotknięcie wtedy czuje się silnie jakby ukłócie; poczem następuje zaczerwienienie i znieczulenie skóry. Skóra znieczulona kokainą popada pod wpływem iskier szczególnie bieguna ujemnego w przeczulicę.

Pojedyncze iskry, zarówno jak uderzenia przy użyciu tablic Franklina, wywołują stosowane na mięśnie lub nerwy skurcz pojedynczy, powtarzające się często skurcze tężcowe. Ponieważ iskry te dają się bardzo dokładnie umiejscowić w pewnym punkcie nerwu lub na pewnym mięśniu, nadają się przeto bardzo dobrze do badań oddziaływania, zwyrodnienia, przyczem niektórzy autorowie twierdzą, że pobudliwość faradyczna prędzéj niknie aniżeli statyczna.

O ile skurcz przy działaniu elektryczności statycznéj otrzymany różni się od skurczu po użyciu prądów indukcyjnych lub stałych, nie mamy żadnéj wiadomości. W każdym razie podnieta ta jest do pewnego stopnia odrębną, co już z góry możemy przypuścić, rozbierając jéj własności i porównywając z badaniami fizyjologów, jak Biedermanna, Wwedeńskiego i innych, którzy wykazali, że w prądzie indukcyjnym nie tylko siła odgrywa znaczną rolę, lecz i częstość uderzeń. Prąd silniejszy może wywołać osłabienie napięcia mięśniowego, czyli rozkurcz, podczas gdy prąd słabszy wywoła zwiększenie napięcia, czyli skurcz, jeśli się odpowiednią ilość uderzeń w sekundzie dobierze. Skoro więc uwzględnimy, że przy stosowaniu elektryczności statycznéj możemy ograniczyć ilość uderzeń do bardzo małéj liczby, z drugiéj zaś strony, że napięcie w tym razie jest tak silne, jakiego nigdy nie posiadamy przy prądach indukcyjnych, nie mówiąc już o stałych, to w żaden sposób nie możemy identyfikować tych podniet ze sobą.

To jest wszystko, co można powiedzieć o działaniu prądów, o silnem napięciu ze stanowiska fizyjologicznego. Jak więc widzimy, jest to bardzo mało; otwiera się tutaj obszerne i wdzięczne pole dla badań fizyjologicznych.

Działanie lecznicze elektryczności statycznéj.

Przystępując do opisu stosowania elektryczności statycznéj w celach leczniczych, nie mam zamiaru zapuszczać się w szczegółowe sprawozdania i kazuistykę — zaprowadziłoby nas to za daleko. Chcę tylko pokrótce opisać metody używane w różnych chorobach, oraz wyniki zaznaczane przez innych autorów, jako też moje własne. Francuska szkoła naznacza elektryczności statycznéj nader szeroki zakres działania. Oprócz w chorobach nerwowych, używają francuscy lekarze jak Arthuis, Vigouroux i inni elektryczności statycznéj szczególnie w postaci kąpieli franklinicznéj jako *tonicum* w osłabieniach ustroju w skutek niedokrwności, bladaczki, gruźlicy, moczówki cukrowéj, w okresie ozdrawiania itd. Arthuis, jeden z największych wielbicieli elektryczności statycznéj, zaleca gorąco jéj użycie w zimnicy, a nawet w *lymphadenitis cervicalis* widział w krótkim czasie znikanie guzów, opierających się wszelkiemu innemu leczeniu.

Zimniéj i trzeźwiéj o wiele zapatrują się na tę sprawę niemieccy badacze, jak np. Eulenburg, Sperling itd., przyznając elektryczności statycznéj wielką wartość leczniczą na pewnem polu, odmawiając jéj szerszego jakiegoś ogólniejszego znaczenia w terapii.

Wszyscy autorowie jednak godzą się na to, że oddaje ona znakomite usługi w pewnych chorobach nerwowych, do których należą:

Nerwice ogólne

a między niemi przedewszystkiem

Histeryja.

Trudno tutaj zakreślić jakiś ścisły schemat postępowania. Sposób stosowania elektryczności statycznéj zawisł od nader wielu okoliczności, jak indywidualności chorego, prze-

ważających objawów itd. W ogólności jednak trzeba się trzymać zasady, aby rozpoczynać od sposobów jak najłagodniejszych i krótko je stosować, a przechodzić następnie do silniejszych i dłużéj trwających. Jest to zasada nader ważna i należy jéj w praktyce bardzo przestrzegać. Każdy, ktokolwiek miał choć trochę sposobności obserwowania tego rodzaju chorych, wie, jak trzeba zwracać uwagę w obec nich na tysiące drobnych szczegółów, jak wygórowaną jest u nich nieraz chorobliwość. Sam przyrząd imponuje już, cały zabieg podnieca, co o ile z jednéj strony przez suggestyję może zbawiennie wpłynąć na osobę chorą, z drugiéj jednak może wywołać nieprzyjemne zajścia. Arthuis opisuje przypadek, w którym młoda histeryczka zasięgała jego porady. Po długich wahaniach i namowach otoczenia dała się nakłonić do elektryzowania, skoro jednak tylko weszła na odosabniacz i połączono go z maszyną, zeskoczyła z krzykiem, twierdząc, że doznała tak strasznego wrażenia, iżby się nie mogła więcéj skłonić do tego zabiegu. Maszyna tymczasem niedziałała jeszcze wcale. *Mutatis mutandis* każdy z lekarzy chorób nerwowych mógłby przytoczyć podobne przypadki z własnéj praktyki. Nigdy więc dosyć ostrożności w obec tak wrażliwych osób.

Najlepiéj rozpoczynać leczenie od kąpieli franklinowéj, łącząc odosabniacz z biegunem dodatnim. Posiedzenie nie powinno na początek trwać dłużéj nad 3 m. Skoro już chory albo częściéj jeszcze chora przyzwyczai się do tego zabiegu, można po kilku posiedzeniach rozpocząć stosowanie tuszu na głowę, łącząc talerz z biegunem ujemnym. Może to trwać około 5 m. Stopniowo następnie przechodzi się do strumienia wielokrotnego. stosuje się go na głowę, 1—2 m. wzdłuż kręgosłupa i kończyn około 5 m. tak, że cały zabieg trwa do 10 m. Gdy osoba elektryzowana nie jest zbyt wrażliwa, znosi to wszystko dobrze, przechodzi się do iskier, wywoływanych z początku ręką lub kulą drewnianą a następnie metalową. Posiedzenie skombinowane z tych sposobów trwać może 10—15 m. Jest to sposób odpowiadający najwięcéj ogólnéj faradyzacyi, tak gorąco polecanéj przez Bearda i Rockwella. Można go też nazwać ogólną frankliniizacyją. Postępowanie to ma na celu przedewszystkiem wzmocnienie całego układu nerwowego i celowi temu rzeczywiście w zupełności odpowiada. Już po kilku posiedzeniach można w wielu przypadkach stwierdzić zmianę ku lepszemu a przy odpowiedniéj cierpliwości tak chorego jak i lekarza, stanowcze polepszenie. Trudno by tutaj było podać choćby w przybliżeniu dokładną statystykę, a to z wielu względów. Przedewszystkiem histeryczki są kapryśne, wymagające ciągłéj zmiany, nowych środków itd., samego elektryzowania nie można przeprowadzić, trzeba i wewnętrzne leki podawać i hydropatyczne zabiegi polecać, ztąd więc trudno nieraz powiedzieć, co właściwie działało.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dra C. Flüggego, prof. higijeny w Wrocławiu: Zasady Higijeny, na język polski przełożone i wydane staraniem Redakcyi „Zdrowia“. Warszawa 1891, in 8-vo, str. 587.

Z przedmowy komitetu redakcyjnego „Zdrowia“ dowiadujemy się, że komitet rozpatrzywszy wszystkie w ostatnich latach wydane podręczniki higijeny uznał dzieło prof. Flüggego, wyszłe w Lipsku 1889 roku za najlepiéj potrzebom bieżącéj chwili odpowiadające i dlatego wybrał je celem przyswojenia go literaturze naszéj. Przekładu dokonali Drzy Bujwid, Hewelke, Malinowski, Pruszyński i prof. Łuczkiewicz, któremu powierzono ogólną redakcyję przekładu. Fundusz pozostały po wystawie higijenicznéj warszawskiéj z r. 1887 pokrył koszta wydawnictwa. Z góry przyznać należy redakcyi „Zdrowia“ podwójną zasługę: raz, że o ile sobie przypominamy, ona to głównie urządziła wystawę higijeniczną w Warszawie, a powtóre, że zdobyła się nadto na wydanie pożytecznego dzieła a przekład poruczyła kolegom kompetentnym, przedewszystkiem zaś w staranności o poprawność języka, niestety tak często poniewieranego, redakcyję ogólną oddała osobistości kompetentnéj.

Wobec przekładu nie jest wskazanem zastanowienie się nad wartością oryginału. Nie tu więc miejsce wchodzić w szczegóły, czy dzieło Flüggego odpowiada wszystkim potrzebom ucznia, lekarza, a zwłaszcza lekarza urzędowego; skoro komitet *ad hoc* wyznaczony dzieło to uznał za najodpowiedniejsze, musimy przypuścić, że lepszego nie znalazł. Rozchodzić się tylko może o to, jak komitet wywiązał się z dalszego zadania, to jest z tłumaczenia na język polski dzieła raz obranego. Przywykli niestety aż nadto do wydawnictw, dowodzących, że tłumacz, w szlachetnym niewątpliwie zamiarze służenia piśmiennictwu, wyrządza mu największą krzywdę, gdy nie zna ducha języka, tym razem z korzystnem uprzedzeniem przystąpiliśmy do przejrzenia książki, dowiedziawszy się, że ogólną redakcyję poruczono prof. Łuczkiewiczowi. I nie zawiodło nas oczekiwanie. Z przyjemnością bowiem przyznajemy, że tłumaczenie w mowie będące nader korzystnie wyróżnia się pośród innych tegoczesnych. Już posiłkowanie się słownikiem krakowskim zasługuje na uznanie; nie dlatego, że to słownik krakowski, lecz z powodu, że nie mając innego lepszego, powinniśmy trzymać się onego, abyśmy się wszyscy zrozumieć mogli. Nierównie większą zasługą tłumaczów jest, że i język jest o wiele poprawniejszy, aniżeli w innych wydawnictwach, a nie mamy tu na myśli puryzmu, lecz poprawność pod względem składni, któréj przestrzeganie jest świętym obowiązkiem każdego człowieka wykształconego, a tem bardziéj każdego *viri doctissimi.* Nie powiemy, że przekład dzieła Flüggego jest całkiem wolny od usterków; tak np. zamiast „ograniczać się na czem“ (w przedmowie autora) wolelibyśmy „ograniczać się do czego“; zamiast „gardzieli“, my używamy „gardziela“, zamiast „wypadek“, wyrazu, który znaczy tyle, co „rezultat“, wypada powiedzieć „przypadek“; wyraz „ostatnio“ jest niepoprawny, tak samo jak „umierają przy objawach“ zamiast: śród objawów (str. 61); lasecznik „powoduje“ tężec, zamiast: „wywołuje, sprawia, bo w języku polskim mówi się tylko „powodować się czem“; zamiast „pasożyt“ (str. 63), powinno być „pasorzyt“; „niepoprawnem jest“ powinni być używani na kolonistów“ (str. 153), bo po polsku pisze się: „należy ich używać jako kolonistów“, a w ogóle konstrukcyja bierna nie jest polską; niezrozumiałe są wyrazy: „wpływ powierzchowy gruntu“ (str. 184); „pośmiertne zmiany mięsa“ (str. 317); niepoprawne: „postawić następujące wymagania“ (str. 417); „groby dziecinne“ (str. 469); rażącym jest wyraz: „wyszlachtowany“, „mięso świeżo wyszlachtowane“ (str. 321), choć musiano go dawniéj używać, bo znajduje się w Lindem. Zapewne znajdzie się więcéj wykroczeń językowych, ale w każdym razie jest ich o wiele mniéj, aniżeli gdzieindziéj i znać przynajmniéj dobrą wolę i staranność tłumaczów, za co im wdzięczność i uznanie się należy. *L. B.*

Patologija.

Prof. Mendel (Berlin): **Przypadek sklerodermii.**

Kobieta 40 letnia przebyła w młodości dur brzuszny. Zresztą zawsze zdrowa rodziła 3 razy, przed 4 laty poraz ostatni. Podczas ostatniéj ciąży zauważyła pierwsze objawy obecnéj choroby, a mianowicie: zabarwienie fijoletowe końców palców rąk i nóg, jakoteż i nosa w połączeniu z uczuciem zimna w tych miejscach. W lecie objawy te ustępowały, w zimie wracały. W lecie roku 1889 przystąpiło do tego obrzmienie i zgrubienie skóry palców z częściową utratą czucia. Skóra części tych skurczyła się, wskutek czego palce ciągle były zgięte i nie dały się wyprostować. Wystąpiły także bóle. Nos zgrubiał, usta zmalały, a wprowadzenie pokarmów jest utrudnione. Skóra na twarzy stwardniała, sztywna, niedaje się ująć w fałd. Na języku część błony śluzowéj w kształcie klina zamieniona w suchą, twardą skórę. Częściowe wyłysienie na głowie. Najwidoczniejsze są zmiany na kończynach tak górnych jak dolnych. Prócz zgrubienia skóry widoczny zanik mięśni. Przypadek ten z tego względu jest ciekawy, że pierwsze objawy odpowiadają zupełnie objawom choroby Reynauda, a z téj dopiero w dalszym ciągu sklero-

dermija się wytworzyła. Autor nie dziwi się temu wcale, obydwie bowiem te choroby mają wspólne tło anatomiczne, a mianowicie: zaburzenia w układzie nerwowym. U choréj téj, jako na potwierdzenie powyższego zdania, przyłączyła się jeszcze choroba Addisona. (*D. m. Wschft.*, Nr. 34, 1890).

Dr. Mendelsburg.

Netter: **O zaraźliwości zapalenia płuc.**

Od czasu odkrycia morfologii i biologii pneumokoka Fränkla jest rzeczą pewną, że zapalenie płuc jest chorobą pasorzytniczą. Pytanie, w jakim stopniu choroba jest zaraźliwą, stara się N. krytycznie wyświecić. Że choroba wogóle jest kontagijną, mogącą się przenieść wprost z człowieka na człowieka, uważa za stwierdzone. Jako drogę, którą pneumokoki opuszczają ustrój ludzki i rozpraszają się w powietrzu, uważa N. przedewszystkiem błonę śluzową dróg oddechowych. Choroba jest, jakto wynika z jego doświadczeń bakteryjologicznych, jeszcze długi czas po zupełnem wyzdrowieniu zaraźliwą, raz, ponieważ przyrzut stawia nadzwyczaj skuteczny opór wyschnięciu, powtóre, ponieważ w plwocinach osób, które przebyły zapalenie płuc, jeszcze długi czas znachodzą się pneumokoki w ślinie. Do tego należy prawdopodobnie odnieść wielką liczbę nawrotów, spostrzeganych w zapaleniu płuc, jakoteż i okoliczność, że niekiedy w dłuższych przerwach kilku członków téj saméj rodziny zapada na zapalenie płuc. Mimo to nie uważa N. ścisłe odosobnienie chorych za koniecznie potrzebne, zwłaszcza, że jak się zdaje, zarażenie nie zdarza się często, należy tylko ostrzedz rodzinę przed używaniem tych samych przestrzeni do spania, jakoteż tych samych ręczników, co chorzy. W praktyce szpitalnéj należy wybierać dla nich, o ile możności, duże pokoje, dające się dobrze wietrzyć, a tylko wtedy mniejsze, jeżeli sami w nich leżą. Daléj należy baczyć na dokładne odrażanie plwocin, jakoteż wszystkich przedmiotów, niemi zwilżonych. Jako najskuteczniejszy środek odrażający okazał się sublimat. W jaki sposób można zapobiedz zarażeniu się po wyzdrowieniu chorego, nie może N. podać. (*Sem. med.*).

Dr. Bf.

Choroby wewnętrzne.

O nowym środku przeciw gruźlicy, podanym przez Liebreicha.

Na posiedzeniu Tow. Lekarskiego berlińskiego dnia 25 lutego b. r. przedstawił prof. Liebreich nowy sposób leczenia gruźlicy, polegający na wstrzykiwaniach podskórnych kantarydynianu potasowego w dawkach po 1 do 2 decimiligramów. Rozczyn do wstrzykiwań sporządza L. w ten sposób, że 0·2 grm. czystéj kantarydyny i 0·4 grm. wodnika potasowego rozpuszcza w 20 cm. sześć. wody, rozczyn ten ogrzewa przez czas dłuższy w łaźni wodnéj, a następnie rozcieńcza do jednego litra. Jeden centimetr sześć. téj cieczy zawiera 2 decimiligramy środka. Działanie środka podawanego wewnętrznie polega na powstawaniu wysięków surowiczych w narządach wewnętrznych zwłaszcza w miejscach chorobowo zmienionych. To tworzenie się wysięków surowiczych ma doniosłe znaczenie, z jednéj strony bowiem sprzyja ono odżywianiu się komórek w miejscu schorzałem, co je doprowadza do stanu prawidłowego, z drugiéj strony wysięk odznacza się własnościami przeciwprątkowemi i obniża żywotność prątków, a może je nawet zabija w miejscu sprawy chorobowéj. To wytwarzanie wysięków ma zatem do pewnego stopnia znaczenie miejscowéj desinfekcyi.

Doświadczenia czynił Liebreich najprzód na chorych w szpitalu Augusty i w miejskim Friedrichshain, późniéj doświadczali środka Heymann i prof. Fraenkel i zauważyli w przypadkach gruźlicy krtani już po pierwszych wstrzykiwaniach zwrot ku lepszemu. Heymann przedstawił na tem posiedzeniu chorych, którym wstrzykiwał ten środek począwszy od 30 stycznia r. b. w dawkach od 1 do 4 decimiligr. tknięci naj po 2 decimiligr., a byli wśród nich chorzy do-Chorzy zncięższemi postaciami przewlekłego zapalenia krtani. bolesność osili działanie środka bez wybitnych dolegliwości, średnio w miejscu wstrzykiwania była bardzo nieznaczna i ustępowała już dnia następnego, przyczem nie zauważano podwyższenia ciepłoty. Dwaj chorzy uskarżali się wprawdzie na ból i zawrót głowy, u innych powstawała nieznaczna biegunka, to znowu parcie na mocz i pieczenie wśród oddawania moczu; przypady te ustępowały po podaniu makowca i nie stanowiły przeszkody w dalszem leczeniu w ten sam sposób. W jednym przypadku powstało krwawe moczenie po wstrzyknięciu 4 decimiligr.

Zazwyczaj nastawało po 3 lub 4 wstrzykiwaniach raz na dzień wykonywanych znaczne polepszenie stanu ogólnego a bezgłos ustępował z dniem każdym. H. nie zauważył wybitnego wpływu na mnogość prątków gruźliczych, plwocina jednak stawała się płynniejszą, kaszel zmniejszał się tak co do częstości, jakoteż nasilenia, w kilku przypadkach ustał zupełnie, tak samo i poty nocne. Przedmiotowo stwierdzano w krtani zmniejszenie zaczerwienienia i nacieku, ziarniny bladły i przypłaszczały się, w różnych miejscach owrzodzenia oczyszczały się a wrzody gruźlicze goiły się. Prof. B. Fraenkel, który środka doświadczał u 15 chorych, dotkniętych ciężkiemi zmianami gruźliczemi krtani, u których nie odważono się stosować środka Kocha, potwierdził w ogóle zdanie o korzystnym wpływie środka Liebreicha; w dwóch przypadkach zauważył nawet przebieg, jakiego dotąd nigdy nie spostrzegł. Rozsiane gruzełki prosówkowe na nagłośni zamieniały się już po kilku wstrzykiwaniach w żółtą masę, rozpadały się i goiły szybko. Wyleczenie następowało po upływie krótkiego czasu u chorych z bezgłosem, obrzękami, naciekami i owrzodzeniami utrzymującemi się od kilku miesięcy. Pod wpływem wstrzykiwań tracą prątki poniekąd zdolność barwienia się tak, że je należy utrzymywać przez 24 godzin w rozczynach barwików. Dopiero w takim razie można je spostrzedz, lecz są widocznie cieńsze i węższe niż zazwyczaj. (*Wr. med. Presse*, Nr. 9).

J. S.

Pins (Wiedeń): **Rzadki przypadek szmeru sercowego dźwięcznego.**

Szmery sercowe z podźwiękiem muzycznym (*musikalische Herzgeräusche*) są ważne ze względu rozpoznawczego i prognostycznego, bo biorąc początek z niedomykalności samych zastawek, zmuszają do złego rokowania. Niektórzy klinicyści, a mianowicie Drozda, zauważyli, iż w rzadkich przypadkach tego rodzaju szmery po krótszym lub dłuższym czasie zupełnie znikają. Dzieli też Drozda szmery te na 2 grupy. Do pierwszéj należą szmery, dające się wysłuchać wobec wybitnych objawów niedomykalności, wywołanéj przez zmiany anatomiczne na samych zastawkach. Szmer muzyczny w tych przypadkach powstaje według Schröttera wskutek napięcia poprzecznie przebiegających nitek ścięgnistych w komórce. Poprzecznie ułożone ścięgno drga, można je zatem *intra vitam* rozpoznać. Do drugiéj grupy zaliczyć należy te szmery, które za tło nie mają żadnych zmian anatomicznych i objawów klinicznych ze strony serca. Stokes, Friedreich i Drozda uważają je za udzielony szmer żylny w wielkich żyłach śródpiersiowych powstający. Szmery téj grupy pozwalają rokować dobrze.

Przypadek, który obserwował Pins, nie daje się do żadnéj z tych grup zaliczyć. Młody człowiek cierpi od dłuższego czasu bicie serca od czasu do czasu i duszność przy chodzeniu. Badanie płuca nie wykazało nic osobliwszego. Tony serca zupełnie czyste, tylko stłumienie jego w kierunku podłużnym zwiększone. Na rękojeści mostka słyszalny szmer dźwięczny do głosu słonki podobny (*Schnepfenruf*), jużto 1-szy, jużto 2-gi ton nad aortą pokrywający. Szmer ten najsilniéj jest słyszalny w lewym dołku nadobojczykowym i przy otwartych ustach bardzo na sile przybiera. Żyły szyjne dość znacznie napięte drgają. Objawy te, przed 5 laty najwybitniejsze, dziś znacznie straciły na sile. Pacyjent ma się zresztą dziś już zupełnie dobrze. Pins wyklucza zupełnie *vitium cordis*, *pericarditis* lub buczenie żylne (*Nonnengeräusche*), młody ten człowiek jest bowiem silny i krwisty, przypuszcza zaś, iż przed laty musiał przebyć *pericarditis externa* i *mediastinitis*, które to cierpienia zrosty między dużemi naczyniami, oskrzelami głównemi i opłucną trzewową sprowadziły. Dziś skonsolidowane błony wskutek ruchów oddechowych napinają się jak struny, a ruchy serca wprawiają je w drganie. Ponieważ błony te bezpośrednio do tchawicy lub do oskrzela

przytykają, więc jasną jest rzeczą, że przy otwartych ustach szmer powstający silniéj słyszeć będziemy. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 42). *Dr. Mendelsburg.*

S. Rosenberg (Berlin): **Leczenie kamyków żółciowych za pomocą oliwy.**

Opisawszy kilka przypadków, które po bezskutecznem zastosowaniu wszystkich innych środków wyleczył przez podawanie wielkich dawek oliwy, zadaje sobie R. pytanie, jak działa oliwa ze względu na czynność wątroby i jak działa w porównaniu z innemi środkami. W leczeniu kolki żółciowéj usiłowano dawniéj przez działanie lekami rozpuścić strąty wytworzone w żółci. W ostatnich czasach poznano, że to jest niemożebnem, że raczéj należy się starać o wypłukanie strątów z ciała. W tym celu potrzebne jest wprowadzenie takich leków, które mogą sprowadzić powiększenie ilości żółci i zmniejszenie jéj gęstości. W pierwszéj linii używamy w praktyce alkalicznych wód mineralnych. W znakomity sposób jednak działa na wydzielanie żółci i zmniejszenie jéj gęstości salicylan sodowy, a przede wszystkiem oliwa. Zapatrywanie Touatrea, że oliwa dostaje się do dróg żółciowych, rozmiękcza znajdujące się tu strąty i w ten sposób ułatwia ich wydalenie, sprzeciwia się zasadom fizyjologii. W przeciwieństwie do rozpowszechnionego mniemania, że przy żywieniu tłuszczami tylko bardzo mało wydziela się żółci, znalazł R., że wskutek działania wielkich ilości oliwy wzgl. tłuszczów następuje nadzwyczaj silne powiększenie wydzielania żółci i znaczne jéj rozcieńczenie, tak że R. uważa oliwę w znacznych dawkach za lek najsilniéj wpływający na wydzielenie żółci. Z powodu téj własności oliwy jużto zostają strąty zupełnie z dróg żółciowych wypłukane, jużteż tak w swem położeniu zmienione, że objawy niedrożności, to jest kolka, znikają, a droga dla żółci do jelita znowu się otwiera. Ze w okolicach, w których używa się znacznych ilości oliwy do przygotowania potraw, także kamyki żółciowe mniéj często się przydarzają, wynika z doniesienia Cantaniego o rzadkiem przydarzaniu się kamicy żółciowéj we Włoszech, chociaż obfite używanie potraw roślinnych przytem rolę odgrywa. Wskazanie do używania wielkich ilości oliwy ogranicza nieco często istniejąca nietolerancyja wobec używania płynnego tłuszczu i wogóle tłuszczów w znacznych dawkach, dlatego poleca się najprzód próba z lekami słabiéj działającemi. Dopiero gdy inne środki są bezskuteczne, należy bezwarunkowo użyć oliwy, a nawet silna żółtaczka nie powinna od tego odstraszyć. Polecana przez R. postać (Rp. *Ol. oliv. 200·0*, *Menthol 0·5*, *Cognac 20·0*, *vitell. duo*) przyczynia się znacznie do zmniejszenia wstrętu chorego i nudności. Wielkość dawki zależy od osobistych stosunków; w razie pierwszego niepowodzenia należy powtórzyć, a po wyleczeniu dla uniknięcia recydywy podawać jakiś czas jeszcze oliwę. (*Deut. med. Ztg.*). *Dr. Bf.*

Choroby nerwowe.

Löwenfeld: **O padaczce Jacksona i klinicznych równoważnikach téjże.**

Autor podaje na podstawie licznych przez siebie spostrzeganych przypadków dokładny opis dzisiejszego stanu nauki o padaczce Jacksona. Po wyliczeniu spraw chorobowych, w których występuje padaczka Jacksona (najczęściéj w nowotworach mózgu, a najrzadziéj w rozsianem stwardnieniu ogniskowem) — opisuje tak zwaną aurę (zapowiedź napadu epileptycznego), która w postaci zaburzeń czucia i ruchów występuje zwykle tuż przed kurczami. Wcale nie rzadko trwają te objawy i przez czas dłuższy po napadzie kurczów. Zaburzenia ruchowe objawiają się jako niedowłady, porażenia i utrudnienia mowy i są według autora następstwem spraw tamujących czynności zajętéj kory mózgowéj, przyczem uwagi godną jest ta okoliczność, że porażone bywają nieraz i obszary mięśniowe, które nie bywają zajęte wśród kurczów. Zaburzenia w czuciu występują jako nieczulice i parestezyje.

Autor zwraca szczególną uwagę na t. z. równoważniki czuciowe i ruchowe padaczki Jacksona, gdzie zamiast napadów kurczowych występują zaburzenia w czuciu lub ruchach, przyczem innych objawów, a przedewszystkiem kurczów wcale nie ma, albo są one tak nieznaczne, że wobec tamtych zaburzeń występują na plan drugi. Równoważniki czuciowe występują głównie jako parestezyje połowicze, a równoważniki ruchowe występują jako przejściowe porażenia połowicze często połączone z zaburzeniami w czuciu. Autor jest zdania, że mimo różnicy klinicznego przebiegu okazuje się padaczka prawdziwa, podobna do padaczki Jacksona, a nawet jedna może przejść w drugą. Nawet co do najważniejszéj różnicy, to jest co do utrzymanéj przytomności w padaczce Jacksona, a utraty jéj w padaczce prawdziwéj, to i ta nie jest pewną, gdyż w lżejszych postaciach padaczki prawdziwéj przytomność może być utrzymaną (?), a w bardzo ciężkich kurczach padaczki Jacksona może nastąpić utrata przytomności (*Arch. f. Psych.* XXI. 1 i 2, 1890). *Dr. Süsskind.*

Prof. Bernhardt. **O mniéj znanéj nerwicy języka i jamy ust.**

Autor zwraca uwagę na dolegliwości języka, które we Francyi znane są pod nazwą glosodynii. Sprawa ta objawia się paleniem w końcu lub na brzegach języka, rzadziéj palenie to pojawia się i w innych częściach błony śluzowéj jamy ust. Chorzy tacy zwykle są już w podeszlejszym wieku i dręczą się zwykle obawą, że rozwija się u nich rak języka. Zmian przedmiotowych niema. Częściéj choroba ta pojawia się u kobiet aniżeli u mężczyzn. (*Neur. Centr. Bl.*, IX., 3, 1890) *Dr. Süsskind.*

Choroby kobiece.

Schauta: **Wskazania do wycięcia macicy przez pochwę.**

Praca niniejsza ma o tyle doniosłe znaczenie, że znajdujemy w niéj ścisłą wskazówkę do całkowitego wycięcia macicy w obec raku części pochwowéj. Podczas gdy Schroeder i jego szkoła twierdzą, że przy raku części pochwowéj wystarcza *amputatio uteri supravaginalis*, wykazuje Schauta na podstawie 17 przypadków, z których 3 sam obserwował, że przy raku części pochwowéj i szyjki macicy mogą się znajdować w częściach wyżéj położonych ogniska rakowe niezostające w związku z ogniskiem głównem. Ztąd wniosek, że im wcześniejszy okres raka części pochwowéj mamy przed sobą, tem bardziéj jesteśmy uprawnieni do zupełnego wycięcia macicy przez pochwę, boć to są przypadki, w których najwięcéj możemy liczyć na trwałe wyleczenie. Na powyższy wniosek zgadza się większość niemieckich ginekologów. Bardziéj sporną jest kwestyja: kiedy jeszcze należy wycinać macicę? Jedni wycinają macicę całkowicie nawet w obec rakowo nacieklych parametryj celem usunięcia bolesności i rozpadu nowotworu. Temu postępowaniu stanowczo się autor sprzeciwia i poleca w takich razach skrobanie, przypalanie i przyprószanie proszkiem złożonym *āā* z jodoformu i węgla. Drudzy radzą tylko wtenczas wycinać macicę całkowicie, jeżeli parametryja nie są zupełnie zajęte.

I do tego zdania nie przychyla się S. z tego względu, że rak może wystąpić u osób, które przebyły przedtem zwykłą zapalną *parametritis*. Rozstrzygnięcie, czy naciek jest rakowaty, czy zapalny, jest rzeczą osobistéj wprawy. Autor poleca badanie *per rectum* i badanie skombinowane *per rectum* i *vesicam urinariam* w narkozie chloroformowéj. Więzy zapalne mają się wtedy wyczuwać jako postronki podatne, elastyczne nacieki rakowe są zbite, niepodatne. Jeżeli się przy skrobaniu wyprzedzającem operacyję przekroczy granicę szyjki, to znak niechybny, że naciek zajął *parametrium*. Nawet brak ruchomości należytéj macicy nie jest przeciwwskazaniem do operacyi. Wiadomo, że naciek rakowy rozszerza się najpierw wzdłuż tętn. macicznéj w *parametria*: jeżeli *parametria* znajdziemy wolne, a przyczyna braku ruchomości macicy leży w wyżéj umiejscowionéj *perimetritis adhaesiva*, możemy śmiało przystąpić do operacyi.

Rozprzestrzenienie raka na bł. śl. pochwy może być daleko posunięte, mimo to można do operacyi przystąpić. Sch. operował raz przypadek, gdzie z przodu zostawił rąbek pochwy $1\frac{1}{2}$ cntm., z tyłu 3 cntm. szeroki.

Dalsze wskazania do całkowitego wycięcia macicy: *prolapsus uteri*, *fibromyomata*, mniejsza *endometritis glandularis*, przechodzi Sch. pokrótce; co do ostatniéj podaje, że tylko wtedy

wskazuje radykalną operacyję, jeżeli po skrobaniu szybko powraca. Co do sposobu operowania zaleca autor całkowite zaszycie rany, zespojenie otrzewnéj, pozaotrzewnowe umieszczenie podwiązek. Na 65 operowanych przypadków miał Sch. 5 przypadków śmierci; z tych kilka przypada na czasy, kiedy metodyka wycięcia macicy nie była udoskonaloną. Autor sądzi, że w przyszłości w obec *exstirpatio uteri vaginalis* będzie można równie dobrze rokować, jak w obec *ovariotomii*. (*Archiv f. Gynaekologie*, 1890, zeszyt 39).

Dr. St. Czapliński.

Choroby oczne.

Braunschweig i Jaenicke: **Przyczynek do znajomości pyoktaniny.**

Dokonane przez Braunschweiga w klinice okulistycznéj Graefego w Halli doświadczenia kliniczne na 70 chorych z barwikami anilinowemi, niebieskim i żółtym (*Pyoktanina* i *Auramina)*, sporządzonemi przez Mercka według przepisu Stillinga, a stósowanemi jużto w postaci laseczek jużto w rozczynie 1 do 5 na 5000 wody, przedstawiają następujące wyniki: Ogólnych zaburzeń nie spostrzeżono w żadnym przypadku, za to miejscowo występowało często pieczenie w oczach, dłużéj lub krócéj trwające (czasem przeszło kwadrans), a potęgujące się nierzadko do silnych bólów, których nawet kokaina nie zdołała uśmierzyć. Siedzibą bólu były powieki i okolica skroniowa, a w jednym przypadku cała lewa połowa głowy po zastosowaniu środka na spojówkę oka lewego. Prócz tych objawów podmiotowych przychodziło nawet w prawidłowéj spojówce prawie zawsze do lekkiego zadrażnienia. Po zapuszczaniu do worka spojówkowego jednéj kropli rozczynu 1 na 1000 lub jednorazowem zatuszowaniu laseczką pyoktaniny występowało często silne nastrzykanie rzęskowe, kilkakrotnie też silne zaczerwienienie spojówki powiekowéj, z obrzękiem powiek połączone, a w trzech przypadkach *keratitis parenchym. diff.* zauważono przy wystąpieniu silnego odczynu zapalnego typowy obraz *Conjunctivitis pseudocrouposa.* Toż samo w kilku przypadkach jaglicy i *Conjunctiv. phlyctän.* U dwóch chorych widziano nawet powikłania ze strony rogówki. Wprawdzie objawy te ustępowały po pewnym przeciągu czasu, w jednym przypadku jednak trwały przeszło dwa tygodnie. Po zastosowaniu żółtego barwika (*Auramin)* wystąpiło u kilku chorych widzenie żółte, przez pół godziny trwające. Zdolność zabarwienia tkanek posiada barwik żółty w znacznie wyższym stopniu niż niebieski, przyczem nietylko spojówka i twardówka, ale nawet tęczówka jasno-żółtą przybiera barwę, czego co do tęczówki po użyciu barwika niebieskiego nie zauważono. Zabarwienie ran lub wrzodów rogówkowych barwikiem żółtym (stosowanym *in bacillis*) utrzymuje się 2 do 3 godzin, spojówki zaś w oku prawidłowem nieraz dłużéj niż 24 godzin. Barwik niebieski wywoływał zabarwienie nawet 4 do 8 dni trwające. Co się tyczy wyników leczniczych, to te nie przedstawiają się w zbyt różowych barwach: kilka przypadków dodatnich i to problematycznych obok szeregu takich, w których barwiki anilinowe wcale nie działały, a co gorsza i takich, w których wybitnie szkodziły.

Działanie pyoktaniny i auraminy na ustroje drobnowidowe było przedmiotem badań Jaenickiego. Wykazał on, że wogóle pyoktanina jest pod tym względem o wiele skuteczniejszą. Już rozczyn 1:6.000.000 opóźnia wzrost i rozwój *Staphylococcus aureus*, rozczyn 1:2 000.000 opóźnia o 30 godzin rozwój *bacillus anthracis*, w znacznie silniejszym zaś rozczynie opóźnia lub znosi zupełnie rozwój *streptococcus pyogenes* lub *comabacillus*; najodporniejszemi okazały się prątki duru. Wpływ wielki wywiera przytem i pożywka, w któréj robi się doświadczenia, bo n. p. w wyjałowionéj surowicy krwi znacznie słabiéj działa pyoktanina niż w buljonie. Wpływ zabójczy na mikroorganizmy wywierają dopiero silne rozczyny i tak: *Staphylococcus* ginie w rozczynie 1:1.000 w przeciągu pół minuty, a w rozczynie 1:20.000 w przeciągu 10 minut, podczas gdy prątki duru utrzymywały się jeszcze przez pół godziny przy życiu w rozczynie 1‰. I tu działanie było o wiele słabszem na pożywkach z surowicy. Jako dowód mniéj energicznego działania auraminy posłuży, że zabija ona *staphylococcus* w 2‰ rozczynie dopiero po godzinie.

Na podstawie powyższych badań dochodzi autor do wniosku, iż pod względem leczniczym działanie barwików anilinowych jest najpierw bardzo rozmaite stósownie do różnych gatunków drobnych ustrojów, iż raczéj należy oczekiwać od nich w żywym ustroju powstrzymania i to wątpliwego rozwoju tychże, aniżeli działania niszczącego, wniosek całkiem słuszny z doświadczeń na pożywkach z surowicy czynionych wysnuty. Czy rozczyny chociażby silniejsze (½ do 1%) dadzą się użyć skutecznie do oczyszczania pola operacyjnego, rąk i narzędzi, na to dać może odpowiedź tylko cały szereg dalszych ściśle przeprowadzonych badań. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, Juni 1890). *Dr. Langie.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Lichtheim przypisuje środkowi Kocha wielką wartość rozpoznawczą i przytacza z swego doświadczenia kilka przykładów. Co do wartości leczniczéj, wspomina o kilku pomyślnych rezultatach wobec liszaja, gruźlicy błon śluzowych nosa i jamy ust, w jednym przypadku gruźlicy otrzewny. Mniéj pomyślne były wyniki w gruźlicy krtani i u jednego chorego dotkniętego gruźlicą narządu moczopłciowego. I w gruźlicy płuc miał L. szereg przypadków, w których nastąpiło niewątpliwe polepszenie; miało to miejsce w początkowych okresach gruźlicy. Ciężko chorych radzi L. zupełnie wykluczać z leczenia injekcyjami, gdyż nawet u chorych, u których sprawa gruźlicza jest daleko posuniętą, a pomimo tego dobrze się czują, może łatwo stan znacznie się pogorszyć. Jakkolwiek istnieje niebezpieczenstwo wywołania gruźlicy ogólnéj, to nie należy się, zdaniem autora, wstrzymywać od leczenia limfą Kocha, jeżeli istnieje możność wyleczenia (?). Przeciwwskazań, o których niektórzy wspominali, L nie przypuszcza. Według jego spostrzeżeń wstrzykiwania nie wywarły wpływu niekorzystnego ani na ciążę, ani na przebieg zapalenia nerek, wrzodów jelitowych, lub zapalenia otrzewny. Jedynem przeciwwskazaniem jest zapalenie opon mózgowych. Pytanie, czy do wyleczenia potrzebną jest reakcyja gorączkowa, starał się autor rozstrzygnąć w ten sposób, że w jednym przypadku liszaja zwiększał dawkę tak powoli, że gorączki nie było. Wynik leczniczy w tym przypadku był gorszy niż w innych. (*Deut. med. Woch.*, Nr. 7).

Senator opisuje przypadek gruźlicy leczonéj za pomocą środka Kocha, z różnych względów ciekawy. Kobieta 22-letnia z gruźlicą płuc w początkowym okresie nie okazywała po pierwszéj injekcyi dość znacznéj (3 mg.) żadnéj reakcyi ogólnéj, która również nie pojawiała się późniéj, gdy przez stopniowanie dawki doszło się już do 1 degr. Ciepłota raz tylko podniosła się powyżéj 37·5 w czasie menstruacyi. Przytem objawy zagęszczenia płuc widocznie ustępowały, kaszel się zmniejszał, a zmiany w krtani, które podczas injekcyj się pojawiły, poprawiły się także. W ostatnich dniach nastąpiło znowu pogorszenie, kaszel się wzmógł, w plwocinach znachodzą się liczne prątki. Po pauzie, trwającéj 12 dni, wstrzyknięcie 1 degr. podniosło ciepłotę tylko do 37·5, tętno na 104. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 7).

O stosowaniu środka Kocha w chorobach ocznych podają Uhthoff (Marburg) i Cohn (Wrocław): Pierwszy stosował wstrzykiwania u dziesięciu chorych dotkniętych zołzowatem cierpieniem rogówki. U 8 wystąpiła ogólna reakcyja połączona z gorączką; z tych 3 wyłącznie cierpiało chorobę oczną; 5 okazywało także cierpienia skrofuliczne innych narządów. Reakcyja miejscowa wystąpiła tylko u 3 i polegała na powiększeniu się objawów zapalnych i pojawieniu się nowych szarych nacieków. W wszystkich przypadkach był jednak dalszy przebieg pomyślny, zmiany prawie wszystkie prędko się zagoiły.

Praca Cohna jest więcéj krytykującą. Nazywa limfę Kocha raczéj środkiem drażniącym niż leczniczym. C. nie wstrzykiwałby dzieciom skrofulicznym, które mają jeszcze oczy zdrowe za żadną cenę z obawy, aby nie sprowadzić prą-

tków do oka. Dla istniejących już zapaleń rogówki mamy w atropinie i przetworach rtęciowych środki wypróbowane i pewne. (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7)

Sommerbrodt: O zastąpieniu i uzupełnieniu metody Kocha przez podawanie kreozotu. Jakkolwiek u jednéj części swoich chorych, leczonych wyłącznie za pomocą środka Kocha, uważał znaczną poprawę, to jednak wylicza S. liczne wady tego sposobu leczenia. Natomiast zwraca uwagę na korzystny wpływ leczenia za pomocą kreozotu, który można stosować wszędzie i u wszystkich, nie przeszkadzając chorym w zawodzie. Autor przytacza 17 przypadków gruźlicy płuc wyleczonych za pomocą podawania kreozotu.

Kreozot wyszedł po części z użycia wskutek ogłoszenia doświadczeń Corneta, wykonanych z tym środkiem na świnkach morskich z wynikiem ujemnym. Jednakże trzeba zwrócić uwagę zdaniem autora na to, że ludzie i świnki morskie wobec tych samych wpływów różnie zachowywać się mogą. S podaje kreozot w kapsułkach po 0·1, dziesięć dziennie jedynie po przyjęciu pokarmów. Głównym warunkiem dodatniego wyniku jest wytrwałość (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7).

O zmianach prątków gruźliczych pod wpływem limfy Kocha podaje Pane w Neapolu. Spostrzegał on w przypadkach bez wyraźnéj reakcyi nieznaczne zwiększenie ilości prątków, a potem zmniejszenie; odporność prątków wobec środków odbarwiających staje się mniejszą. W przypadkach z wyraźną reakcyją ilość prątków znacznie się wzmaga, stają się one mniejsze, często rozpadają się na dwie części i okazują zgrubienia obydwóch biegunów. W późniejszym przebiegu liczba oddzielnych prątków staje się mniejszą, natomiast występnją gromadki prątków, bardzo trudno się barwiących. (*Münch. med. Wschrft.*, Nr. 7).

Jolly podaje opis kilku przypadków, w których gorączka reakcyjna po injekcyjach wywołała psychozy, jak np. zadumę, szał, halucynacyje. Jestto psychoza podobna do téj, która występuje czasem po chorobie, połączonéj z wysoką gorączką (dur itp.). Okoliczność ta, zdaniem J., nie może wprawdzie wstrzymać od stosowania środka, gdyż psychozy występują w nieznacznéj tylko liczbie przypadków i przebiegały dobrze, jednakże nie można ich uważać za rzecz obojętną, a wystąpienie ich ostrzega przed wywoływaniem szybko po sobie kilku reakcyj połączonych z wysoką gorączką. Nadto należy być ostrożnym z stosowaniem środka Kocha u takich osób, które są skłonne do psychozy. (*Wien. med. Woch.*, Nr. 8).

Henocha spostrzeżenia nad działaniem limfy Kocha u dzieci są przeważnie bardzo niekorzystne. Pomiędzy 20 dziećmi znajdowały się 2 lub 3 w późniejszym okresie choroby, jednak nie gorączkowały. W tych przypadkach nastąpiło znaczne pogorszenie; po wstrzykiwaniach pojawiła się gorączka hektyczna, dzieci chudły tak, że musiano wstrzykiwań zaniechać. Ale i z lekkich przypadków tylko w jednym było nieznaczne polepszenie, które jednak wkrótce ustąpiło miejsca pogorszeniu. Pod wrażeniem tych spostrzeżeń wypowiada H. zdanie, że leczenie środkiem Kocha u dzieci można stosować tylko bardzo ostrożnie, albo może zupełnie trzeba będzie go zaniechać, (*Wien. med. Woch*, Nr. 8).

Hueppe i Scholl: O istocie limfy Kocha. Po długich badaniach, ukończonych już przed pojawieniem się drugiéj publikacyi Kocha, udało się autorom z bulijonowych hodowli prątków gruźliczych, którym jako pożywka służyły 3—10% peptonu, 5% gliceryny, 0·5% chlorku sodu i 0·1% ekstraktu mięsnego, otrzymać limfę, która ani wejrzeniem zewnętrznem, ani działaniem na zwierzętach nie różni się od limfy Kocha. Z badań tych, jakoteż chemicznéj analizy szczepianki Kocha wysnuwają autorowie następujące wnioski: limfa Kocha jest mieszaniną produktów przemiany materyi prątków i nierozłożonéj pożywki. Pożywki składają się przeważnie z peptonu i gliceryny. Toksalbuminy nie wchodzą w skład istoty działającéj, gdyż przez sposób przyrządzenia wprost zostają usunięte. Środek przez zagęszczenie można dłużéj utrzymać. (*Berl. kl. Wschft.*, Nr. 4).

W dalszym ciągu swego ogłoszenia o istocie limfy Kocha dowodzą Hueppe i Scholl, że nie polega ona na wyciągu glicerynowym, lecz zależy od rodzaju pożywki. To co Koch sądzi, że dopiero za pomocą gliceryny wyciąga, jest już zawarte w pożywce. Albowiem gdy autorowie zrobili wyciąg glicerynowy z hodowli prątków w surowicy krwi, to wyciąg ten nie zawierał istot proteinowych i nie działał wcale na ustrój zwierzęcy. Natomiast udało im się przez oddzielenie produktów przemiany materyi otrzymać płyn podobny do limfy Kocha pod względem własności fizycznych i fizyjologicznych. (*Berl. klin Wschft*, Nr. 8).

Długa dyskusyja nad metodą Kocha w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem, najdłuższa jaka kiedykolwiek na posiedzeniach tego towarzystwa miała miejsce, bo trwająca przez siedm posiedzeń, została wreszcie tymczasowo ukończoną. Tymczasowo dlatego, że ostatni mowca Fraenkel doniósł, że nowa niespodzianka czeka świat lekarski, która da powód do nowych roztrząsań metody Kocha. Fraenkel zapowiedział na następne posiedzenie wykład Liebreicha, który wynalazł drugą substancyję, która w 6 przypadkach gruźlicy krtani, leczonych w poliklinice Fraenkla, okazała skutek nadspodziewanie pomyślny, nie wywołując gorączki ani miejscowego zapalenia. Równie piękny wynik miał u swoich chorych Heymann. Zresztą koniec dyskusyi nad metodą Kocha nie przyniósł nic nowego. Tylko Virchow podał statystyczną notatkę, że w zakładzie patologicznym Charité do końca roku zeszłego było 21 sekcyj po leczeniu wstrzykiwaniami środka Kocha, w styczniu 20, a pierwszéj połowie lutego 10 (*Wien. med. Wochenschrift*, Nr. 9). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 marca. W Sobotę d. 28 lutego według ogłoszonego programu odbył się w auli Uniwersytetu Jag. uroczysty obchód 60-letniego jubileuszu doktorskiego JExcelencyi Dra Józefa Majera. O godzinie 12-éj w południe sala była zapełniona wybitniejszemi osobistościami miasta naszego i młodzieżą uniwersytecką. Z uderzeniem godz. 12-éj weszli profesorowie wszystkich Wydziałów Uniwersytetu naszego w togach, a w końcu obaj rektorowie Uniw. Jagiell. i lwowskiego, a między nimi również w todze czcigodny Jubilat. Zajął on miejsce na trybunie, otoczony berłami rektorskiemi, nieco poniżéj obaj rektorowie a naokoło profesorowie. Po odśpiewaniu kantaty przez chór akademicki, pierwszy zabrał głos rektor Uniw. Jagiell. prof. Zakrzewski. Po dłuższem i pięknem przemówieniu jego dziekan Wydziału filozoficznego odczytał dyplom Dra *honoris causa*, ofiarowany Jubilatowi przez Wydział filozoficzny. Po odczytaniu tekstu łacińskiego dyplomu Dr. Majer podziękował Rektorowi i Wydziałowi w dłuższéj przemowie łacińskiéj. Z kolei dziekan Wydziału lekarskiego prof. Rydel w towarzystwie sekretarza Wydziału prof. Obalińskiego odczytał adres tegoż Wydziału.

Następnie odczytali: Rektor prof. Pilat adres Uniwersytetu lwowskiego, — prof. Gluziński adres Tow. lekarskiego krakowskiego, — Dr. Grabowski adres Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie, — prof. Bandrowski adres Tow. przyrodników polskich we Lwowie, — Dr. Dembiński adres Tow. historyczno-literackiego w Paryżu, — prof. Dr. Łepkowski adres Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu. — Wszystkie te adresy przyjmowano oklaskami.

Wreszcie stanęła przed trybuną reprezentacyja Akademii Umiejętności, złożona z prezesa hr. St. Tarnowskiego, wiceprezesa prof. Dra Zolla, sekretarza jeneralnego prof. Dra St. Smołki i prof. Dra Janczewskiego. Jeneralny sekretarz odczytał następujący adres:

„Sześćdziesiąt lat temu nietylko do samodzielnej naukowéj pracy wyzwolony, ale najwyższym do niéj tytułem ozdobiony, ślubowałeś umiejętności wierną służbę, Szkole, która Cię wykształciła, wdzięczność i cześć, a im obu i sobie samemu i pośrednio społeczeństwu swemu żywot cnotliwy i nieskażony. Nigdy ślub nie był dotrzymanym rzetelniéj i chlubniéj. Nauce bez

przerwy do sędziwego wieku oddany, posunąłeś ją w zawodzie swoim na stopień, jakiego u nas przedtem nie była dosięgła; Jagielllońskiemu Uniwersytetowi byłeś nie wdzięcznym uczniem tylko, ale podporą, obroną, dobroczynnym przewodnikiem w złych czasach, ozdobą, zaszczytem, przykładem zawsze; a na żywot Twój domowy czy obywatelski nie padł nigdy najmniejszy cień złego. Szczęśliwy, kto w późnym wieku, patrząc wstecz na bieg swego życia, może z czystem sumieniem nie wyrzucać sobie nic, a przyznać sobie, że zrobił wszystko co mógł, powierzonego talentu ani nie zakopał, ani nie strwonił, tylko go własnym dorobkiem powiększony Bogu i ludziom okazuje — nie dla chluby własnéj, ale dla zdania liczby i dla nauki młodszym włodarzom i sługom. — Ze czcią też patrzy naród cały na Twoją siwiznę, z radością na jéj czerstwość i jędrność, ze wzruszeniem na tę rocznicę, którą przypomina, jak niegdyś młodzieniec mundur i togę równie dobrze nosić umiał jak potem mąż dojrzały i wreszcie starzec dostojny szedł zawsze jednym torem bez trwogi i bez zarzutu. — Akademija Umiejętności ma przed wszystkimi prawo i powinność święcenia téj rocznicy. Przez Ciebie z dawnego Towarzystwa naukowego wypiastowana, przez Ciebie, od początku swego prowadzona, strzeżona, pielęgnowana, ona jest zasług Twoich i skutkiem, i polem, i świadkiem. Jéj też przystoi dziś i na zawsze być pierwszą w czci Twego imienia, we wdzięczności dla Twojéj pracy. Ona ma powód może największy cieszyć się z Twego żywota, chlubić się nim, a pamięć jego potomnym z wieku na wiek podawać. — Ona też w dniu dzisiejszym składa Ci dzięki za swój początek i rozwój, za wszystko, czegoś w niéj i dla niéj dokonał: życzenia, żebyś ją długo jeszcze wspierał swojem światłem, miłował swojem sercem, nad które bardziéj sobie oddanego niemiała i niema. Dla niéj dzień ten piękny zasępiony jest żalem, żeś przewodnictwo jéj złożył. Poddając się konieczności, przyznając słuszność, nie może ona przecie nie wiedzieć i nie czuć, co traci. Nie przypuszcza wszakże, iżby to było rozstaniem, i w tem znajduje pociechę. Kiedy wiekowy ojciec dorosłemu synowi zdaje rząd domu i gospodarstwa, nie przestaje być ojcem, powagą największą, radą pewną, przykładem najlepszym. W takim stosunku czujemy się do Ciebie, drogi nasz Przewodniku, my członkowie téj Akademii, któréj Prezesem tylko być przestałeś, ale jesteś i zostaniesz na zawsze Patryjarchą, jakoby, Patronem i Ojcem.

Pozwól, byśmy w takiem uczuciu złożyli Ci z głębi serc naszych powinszowanie, że żywot Twój był takim jak był, życzenie, by go Bóg jak najdłużéj w zdrowiu, spokoju i pomyślności zachował".

Przemawiał następnie, otoczony gronem radców miejskich, prezydent m. Dr. Szlachtowski, podnosząc zasługi Józefa Majera jako radcy miejskiego, przewodniczącego sekcyi szkolnéj i delegata do Rady szkolnej okręgowéj, za co wdzięczne miasto złożyło mu dyplom obywatela honorowego, najwyższy zaszczyt, jakim rozporządza. Po prezydencie przemawiał prezes Tow. Dobroczynności Dr. Ściborowski imieniem humanitarnych instytucyj, w których działaniu brał Ekscelencyja udział.

Po ukończeniu przemówień odczytał prof. Dr. Cyfrowicz nadesłane z życzeniami dla Ekscelencyi depesze. Pospieszyli z takowemi: Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych ze Lwowa, Towarzystwo historyczne ze Lwowa, Zakład narodowy imienia Ossolińskich, Tow. literackie imienia Mickiewicza, Członkowie Reprezentacyi Zjednoczonego Tow. przyj. sztuk pięknych we Lwowie, Młodzież akademicka lwowska, X. Arcybiskup Issakowicz z błogosławieństwem, JE. Włodzimierz Dzieduszycki, Tow. lekarskie warszawskie, Redakcyja *Gazety Lekarskiéj* w Warszawie, Redakcyja Wielkiéj Encyklopedyi w Warszawie, wszyscy przyrodnicy warszawscy, prasa warszawska, wielu lekarzy warszawskich, hr. Andrzejowie Potoccy, obywatelstwo kijowskie, Dr. Wicherkiewicz, z Dorpatu lekarze, z Pragi Towarzystwo lekarskie i Drowie Hlava, Obrzut i Tomek, wiceprezes węgierskiéj Akademii Umiejętności X. Fraknoi, rodacy z Petersburga, Redakcyja *Ateneum*, prof. Strassburger z Bonn, prof. Nencki z Berna.

Zabrał w końcu głos JE. Dr. Majer i rzekł, że wobec tylu dowodów uznania, życzliwości i łaskawości, potrzeba niemało zimnéj rozwagi i panowania nad miłością własną, by nie unieść się zarozumiałością i nie wziąć tego, co było skutkiem zbiegu szczęśliwych okoliczności, za zasługę własną. Co mowca zrobił, to wynikało ze szczerego usiłowania służenia krajowi na tych stanowiskach, które z kolei zajmować mu przyszło. Był to obowiązek i mowca nie rościł sobie pretensyj do tych oznak uznania, które teraz przypadły mu w udziale. Sądzi, że w tych objawach tkwi myśl ta, aby podnieść znaczenie pracy naukowéj i zachęcić jednostki do wytrwania w cnocie, ugruntowanéj miłości Boga i Ojczyzny, obok wiadomości gruntownie nabytych, bez których narodowi służyć nie można. Serdecznemi słowy dziękuje mowca następnie po kolei wszystkim instytucyjom i osobom, które z życzeniami pospieszyły — i kończy gorącem staropolskiem: „Bóg zapłać".

Na zakończenie odśpiewał chór akademicki poloneza Majera, skomponowanego w młodych latach na fortepian. Do muzyki téj podłożono słowa, wyrażające cześć dla Jubilata ze strony młodzieży.

Na złożeniu życzeń osobistych ze strony obecnych na sali osobistości zakończyła się ta piękna uroczystość, która głębokie wywarła wrażenie na wszystkich obecnych.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawiono Saksończyka z kolosalnym przerostem mięśni, który ma być u niego wrodzonym. Następnie kol. Idziński przedstawił chorego, któremu wycięto przy operacyi raka prącia, żyłę udową i tętnicę udową na przestrzeni 2 ctm. Proff. Pieniążek i Gluziński zdawali sprawę z doświadczeń robionych nad środkiem Kocha u chorych, u których z małym wyjątkiem otrzymali ujemne rezultaty. Wreszcie prof. Pieniążek opisał przypadek z praktyki, w którym udało mu się wyjąć z oskrzela lewego rurkę tracheotomijną.

* W Nrze 9 „Časopisu lékaru českych" umieszczony jest bardzo sympatyczny artykuł o jubileuszu Józefa Majera.

* VI Zjazd polskich lekarzy i przyrodników w Krakowie w r. 1891.

Wydział gospodarczy VI. Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników uchwalił na posiedzeniu w dniu 21 lutego następujący program Zjazdu:

W dniu 16 lipca wieczorem: zebranie i powitanie członków.
" 17 lipca o godz. 9-éj rano nabożeństwo na Wawelu, o godz. 11-éj otwarcie zjazdu i posiedzenie ogólne; po południu (o godz. 3 lub 4) posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie przez wydział gospodarczy.
" 18 lipca o godz. 8-éj rano zwiedzanie zakładów naukowych; o godz. 9-éj posiedzenia sekcyjne; po południu (o godz. 3 lub 4) posiedzenia sekcyjne; wieczorem przedstawienie w teatrze.
" 19 lipca przed południem zwiedzanie zakładów sanitarnych miejskich i osobliwości Krakowa; po południu wycieczka urządzona przez wydział gospodarczy.
" 20 lipca przed południem posiedzenia sekcyjne; po południu o godz. 4-éj drugie posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu.
" 21 lipca: ewentualne wycieczki większe do Wieliczki lub innych miejsc przez wydział gospodarczy wybranych oraz wyjazd do miejsc kąpielowych.

Nadto uchwalił Wydział gospodarczy powierzyć utworzenie sekcyi psychologicznéj prof. Drowi Cybulskiemu.

Sekretarz generalny: *Szajnocha.* Przewodniczący: *Rostafiński. Rydygier.*

Uprasza się wszystkie dzienniki polskie o powtórzenie tego uwiadomienia.

* Przed 2 tygodniami otruł się tu młody farmaceuta bez wiadomej przyczyny. Rozmaite krążyły wieści o przyczynie jego zgonu; sprawdzono atoli tylko tyle, że w roku przeszłym pewien obywatel nielekarz, który przez jakiś czas w Krakowie zajmował się hypnotyzowaniem, wydaliwszy się ztąd udał się do Chrzanowa, gdzie wówczas przebywał nieboszczyk, tam w kasynie miewał odczyty o hypnotyzmie, a nieboszczykiem posługiwał się jako medium do swoich demonstracyj. Od owego czasu młodzieniec coraz bardziéj podupadał na umyśle. Smutny to dowód, jak szkodliwą może być działalność niepowołanych hypnotyzerów.

* W tygodniu 7 (15—21 lutego) było w Krakowie małżeństw 11, urodzin 52, skonów 54 (37·68), z tych z zap. płuc 10, z dławca i błonicy 9, z gruźlicy 11.

* Dr. Kołączkowski z Nowego-Sącza bawi obecnie w Berlinie. Odbył podróż naukową celem poznania zakładów wodoleczniczych. Bawił on naprzód w Kaltenleutgeben, następnie przez parę tygodni we Wrocławiu, zkąd udał się do Berlina. Spodziewać się należy, że doświadczenie nabyte zużytkuje dla zakładu wodoleczniczego, którym kieruje w Szczawnicy.

Od niego otrzymaliśmy z Berlina list następujący:

Prof. farmakologii Liebreich w Berlinie, po odbytych próbach i doświadczeniach, podaje środek w następującym składzie: *Tinct. Cantharid. 0 20, Kali (seu Natri) 0·40, Aq. destill. 20 00.* Z tego płynu wstrzykuje się podskórnie (w pośladki z powodu bolesności) poczynając od $^1/_{10000}$ (0·00001), postępując co 3—4 dni aż do $^4/_{10000}$ (0.00004) chorym na gruźlicę płuc i krtani. Tym sposobem leczonych i polepszonych na zdrowiu oraz stosowne obrazy zdjęte laryngoskopijnie z owych chorych z krtani, okazali proff. Fränkel i Heymann.

Nowość tę przyjęli lekarze obecni na zgromadzeniu w Tow. lek. berlińskiem, pod przewodnictwem Virchowa, z entuzyjazmem. Przypadki leczone ambulatoryjnie miały być bardzo ciężkie. Po wstrzyknięciu 0·00004 kantarydynianu potasu pojawiają się często ciałka krwi w moczu.

* **Wiedeń**. Na wniosek Rektora Senat akademicki postanowił wydawać odtąd rocznik uniwersytetu, mający mieścić w sobie kronikę, sprawozdania z egzaminów, promocyj, habilitacyj, mianowań profesorów, z uroczystości uniwersyteckich, dyssertacyj, statystykę itd.

Posadę prymaryjusza w szpitalu Rudolfa otrzymał asystent prof. Nothnagla, Dr. Eugieni Bamberger, syn zmarłego profesora.

* **Berlin**. Według rozporządzenia Ministra oświecenia *tuberculinum Kochii* odtąd będzie do nabycia w aptekach za cenę 6 marek za 1 centim. sześć., a 25 marek za 5 centim. sześć. Aptekarze są obowiązani tuberkulinę nie sprzedaną w ciągu 6 miesięcy zwracać Drowi Liebertzowi w Berlinie, który wymieni ją na świeżą bezpłatnie.

* **Odznaczenia**. Prof. Helmholtz otrzymał wielki krzyż oficerski orderu legii honorowéj francuskiéj. — Prof. Liebreich otrzymał tytuł tajnego radzcy lekarskiego.

* Redaktor główny wyjeżdża na parę tygodni do Meranu (Hotel Hasfurter); pod niebytność jego obejmuje redakcyję prof. Cybulski.

Redakcyja otrzymała:

KLARNERA: Kilka słów o śmiertelności ludności gminy Bełżyce (odbitka ze *Zdrowia*, 1890), in 8-vo, str. 15. — Dr. TALKO: W. F. Szokalski, nekrolog (po rosyjsku) (odbitka z *Wiestnika Oftalm.* 1891, Janw.-Febr.), in 8-vo, str. 2. — W. ZAJĄCZKOWSKI: Komentarz do VII. wydania farmakopei austr. Zeszyt II. Lwów 1891, in 8-vo str. 51—114. — Prof. Dr. KORCZYŃSKI: D. Ergebn. d. bisher. Beobacht. ü. d. wirkuug d. Koch'schen Lymphe (odbitka z *Berl. klin. Woch.*, 1891, Nr. 8), in 8-vo, str. 7. — Dr. Alf. SOKOŁOWSKI (z Warszawy): Des formes larveés d. l. tuberculose laryngée, Havre, in 8 vo, str. 12. — Dr. K. SZADEK (z Kijowa): Four Cases of syphilitic Chancre of the tonsil (odbitka z *St. Louis med. a surg. Journal*, 1891), in 8-vo, str. 6. — Sprawozdanie ze szpitala powszechnego w Rzeszowie 1891, in 8-vo, str. 20. — Dr. F. BOE. Nouvelles recherches pour servir a l'étude d. l. conduite á ténir en presence d'un oeil en plein phlegmon, Clermont (Oise) 1891, in 8-vo, str. 8. — Dr. G. PIOTROWSKI: O wahaniu wstecznem przy pobudzaniu różnych miejsc tego samego nerwu (odbitka z Tomu XXI. *Rozpraw wydz. mat. przyrod. Akademii umiejętn. w Krakowie)*, Kraków, 1891, in 8-vo, str. 31. — Tenże: O zadaniu fizyjologii. Wykład wstepny. Lwów, 1890, in 8-vo, str. 14. Dr. TALKO: Victor Felix Szokalski, nekrolog (odb. z *Klin. Monatsb. f. Augenheilk.*, 1881, Februar) in 8-vo, str. 4.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 14 Marca 1891. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżączce męskich narządów płciowych i na jej stosunek do impotencyi i niepłodności u mężczyzn.

Napisał
Dr. Ernest Finger.
docent dermatologii i syfilidologii w uniwersytecie wiedeńskim.

Do bardzo niedawna, bo jeszcze przed kilku dziesiątkami lat, uchodziła rzeżączka męskich narządów płciowych za chorobę wprawdzie dosyć uporczywą, nierzadko nawet nieuleczną, zresztą atoli okrom kilku wyjątków wcale lekką. Tak chory, jak i lekarz traktowali ją zarówno obojętnie. W przebiegu ostatnich lat dziesięciu zapatrywanie to doszczętnie się zmieniło, a jeżeli pominiemy niektóre zbyt skrajne poglądy w kierunku przeciwnym, możemy śmiało powiedzieć, że słusznie się stało. Zmianę tę wywołały pomijane pierwotnie prace Noeggeratha o poważnéj roli, jaką odgrywa rzeżączka u kobiet. A chociaż nawet pierwsze zapatrywania nie były wolne od przesady, i w dalszéj kolei doznały łagodzących poprawek samego autora, to przecież prace Noeggeratha stanowią granicę, od któréj nowy kierunek, nowe pojęcia drogę sobie torowały. Obok niebezpieczeństw, jakie rzeżączka u kobiet przedstawia dla saméj choréj, położył Noeggerath nacisk również na niebezpieczeństwa dla generacyi. Prace nowsze, zwłaszcza prace Sängera, Schwarza i innych potwierdziły to zapatrywanie. Natomiast szczególnie ginekologowie wskazali na znaczenie rzeżączki u mężczyzn ze względu na męską impotencyję i niepłodność, przytem atoli nie uniknęli wady jednostronności przez to, że tylko chorobom przyjądrza, przewodu nasieniowego, *ductus ejaculatorii*, przez rzeżączkę sprowadzonym, przypisali całą winę męskiéj niepłodności. Już w monografii méj: *Die Blennorhoë der Sexualorgane und ihre Complicationen* (Wiedeń, Deuticke, I. wyd. 1888, II. wyd. 1891) uwydatniłem, w jak różnorodny sposób może rzeżączka u mężczyzn sprowadzać impotencyję i niepłodność, nawet i nie skomplikowana, szczególnie w swych postaciach przewlekłych, a w pracy niniejszéj zamierzam właśnie dać pogląd na tę ze wszech miar ciekawą kwestyję. Wiem, że nic nie powiem nowego, atoli poglądowy referat téj treści nie będzie, sądzę, bez korzyści. Niechaj mi przytem wolno będzie przytoczyć liczne własne spostrzeżenia i doświadczenia.

Dla lepszego zrozumienia pozwolę sobie rzecz całą poprzedzić kilku ogólnemi uwagami. Jako męską impotencyję przyzwyczailiśmy się określać te przypadki, w których, bez względu na prawidłową czy nieprawidłową przyrodę nasienia, *potentia coëundi* jest zakłóconą. Pominąwszy nie obchodzącą nas na tem miejscu psychiczną impotencyję, rozróżniamy przypadki: 1) mechanicznéj czyli organicznéj niemocy płciowéj, w któréj *immissio penis* stała się niemożebną przez mechaniczne, organiczne zaburzenia. 2) Tak zwane „pobudliwe osłabienie“ (*reizbare Schwäche*), t. zn. niedostateczne naprężenie prącia połączone z przedwczesnem wydzieleniem nasienia. 3) Porażenną impotencyję czyli brak zupełny naprężeń prącia.

Natomiast nazwą „męska niepłodność“ określamy te przypadki, w których obok zupełnie nienaruszonéj *potentia coëundi* istnieje niemożebność zapładniania (*potentia generandi*). Brak ten siły zapładniającéj może być sprowadzony: 1) tem, że spółkowanie, zresztą normalne, nie kończy się ejakulacyją, albo też, że nasienie nie dostaje się wcale do pochwy (w żeńskie genitalija) — brak nasienia; — 2) tem, że nasienie, aczkolwiek przy prawidłowo odbywającem się spółkowaniu zostaje wyrzuconem, to jednak żadnych (*azoospermia*), albo tylko nieliczne zawiera plemniki (*oligospermia*), lub wreszcie takowe są nieżywe, albo słabą tylko posiadają zdolność życiową (*necrospermia*). Ostatni, nie tak rzadki, i wielokroć już wspomniany stan chorobowy, który w rzeżączce ważną odgrywa rolę, niechaj mi wolno będzie tutaj

przytoczyć obok azoospermii i oligospermii jako trzeci obraz analogiczny.

Musimy tu atoli dodać jeszcze dwa dalsze objawy chorobowe, które poprzedzają, towarzyszą, częstokroć nawet są momentem przyczynowym dla impotencyi i niepłodności, tj. a) pomazania nocne, odruchową motoryczną nerwicę, kurcz pęcherzyków nasiennych, który zazwyczaj przedstawia odruch z mózgu, przy braku zapory wywołany we śnie lubieżnemi obrazami, który jednak w obec nieprawidłowych stosunków może być także wywołany bodźcami, wychodzącemi od obwodu, a w których zapalenie wzgórka nasiennego główną odgrywa rolę. Wreszcie b) nasieniotok, polegający na odchodzeniu większych lub mniejszych, atoli łatwo spostrzedz się dających, ilości nasienia przy oddawaniu moczu lub kału. Przyczyną jego są stany osłabienia, rozstrzeń przewodów wytryskowych, zapewne jako następstwo nacieku zapalnego, skutkiem czego przewody te nie są w stanie powstrzymać nasienia znajdującego się w pęcherzykach nasiennych, gdy ciśnienie tłoczni brzusznéj i mięśni międzykrocza uciska wszystkie narządy brzuszne, a zatem także i pęcherzyki nasienne, droga zaś dla wypróżnienia nasienia nie jest zresztą zamkniętą skutkiem zwolnienia mięśni *compressor partis membranaceae* i *mm. prostatici*, które ma miejsce podczas oddawania moczu i kału. Dla tego to nasieniotok ten występuje li tylko przy oddawaniu kału lub moczu, podczas gdy podobne napięcie tłoczni brzusznéj np. przy kaszlu nigdy nie prowadzi do nasieniotoku z przyczyny zamknięcia przez narząd mięśniowy cewki moczowéj.

Po tym wstępie, który uważałem za konieczny, przejdę do omówienia owych, rzeżączką narządów płciowych wywołanych spraw, które są w stanie sprowadzić impotencyję i niepłodność. Jeżeli przytem uwzględniam także ostrą rzeżączkę, to dzieje się to raczéj dla zupełności i dla teoretycznego interesu, boć przecie ostry, krótkotrwały okres chyba arcyrzadko jest w stanie doprowadzić do trwalszych zaburzeń w sferze płciowéj.

Ostra rzeżączka przedniéj części cewki (*urethritis ant.*) sprowadza w całym swym przebiegu objawy podrażnienia w zakresie płciowym, które się na zewnątrz objawiają jako wzmożony popęd płciowy, częste naprężenia członka, częste pomazania nocne. Zdolność zapładniania pozostaje w *urethritis anterior acuta* po największéj części nienaruszoną. Nie zawsze atoli tak się rzecz ma. W kilku (4) moich przypadkach sami chorzy zwrócili moją uwagę na uderzająco żółtą barwę nasienia wydzielonego. Aczkolwiek z góry przekonany, że ta żółta barwa pochodzi od mieszaniny nasienia z obfitą we wszystkich przypadkach wydzieliną rzeżączkową, jednak skorzystałem ze sposobności i zbadałem mikroskopowo świeżo wydzielone nasienie. We wszystkich przypadkach znalazłem nadspodziewanie martwe lub ledwie słabo poruszające się plemniki, zatem prawdziwą *necrospermia*. Po wyleczeniu okresu ostrego ruch spermatozoów zjawił się napowrót. Przypadki te zatem nasuwają przypuszczenie, że domieszka ropy rzeżączkowéj może zniszczyć lub osłabić zdolność życiową plemników.

Wybitniéj jeszcze od ostréj rzeżączki przodowéj (*urethritis anterior*) może ostra rzeżączka tylnéj części cewki (*urethritis posterior*) wywołać objawy podrażnienia w sferze płciowéj. Częste pomazania nocne, wywołane zapewne zapalnem podrażnieniem wzgórka nasiennego, są tu na porządku dziennym. Ale także nasieniotok, zwłaszcza przy sposobności oddawania kału, nie jest wcale rzadkim w ostréj tylnéj rzeżączce. Zjawiska te atoli nie mają większego znaczenia, znikają bowiem po upływie okresu ostrego.

O wiele donioślejsze znaczenie, aniżeli ostra rzeżączka, ma dla powstania impotencyi i niepłodności przewlekła rzeżączka.

Nie powikłana powierzchownie, li tylko w błonie śluzowéj umiejscowiona rzeżączka przodowa i jéj następstwo: zgrubienie błony śluzowéj, żadnéj tu zapewne nie odgrywają roli. Inaczéj ma się rzecz atoli, jeżeli przewlekły zapalny rozrost tkanki łącznéj przejdzie ku dołowi, po za granicę błony śluzowéj i zajmie poniżéj leżące ciałko jamiste cewki moczowéj. Wytwarzają się wtedy ogniska przewlekłego śródmiąższowego zapalenia ciałka jamistego, którego ostatecznem następstwem jest zwężenie cewki (*strictura urethrae*). Ogniska takie rozszerzywszy się i zyskawszy na sile, mogą stanowić przeszkodę dla erekcyi w napełnieniu zupełnem ciałka jamistego cewki moczowéj, spowodować zagięcia i zboczenia naprężonego prącia, a tem samem wywołać niezdolność spółkowania. Jeżeli naciek przewlekły już daléj postąpił w przeobrażeniu łącznotkankowem, wtedy stawia częstokroć i ejakulacyi nasienia wcale znaczne przeszkody. Czynność mięśni przy ejakulacyi nie jest wcale tak prosta, jak to sobie wyobrażają i niewątpliwie nie polega wyłącznie na klonicznych skurczach mięśni *ischio* i *bulbocavernosi*. Owszem nasienie wychodzące z przewodów wytryskujących posuwa się ztąd aż do opuszki cewki moczowéj, skutkiem ruchów robaczkowych gładkiéj muskulatury części krokowéj i błoniastéj. W opuszce dopiero rozpoczyna się czynność mięśni kulszowo i opuszkowo jamistych, która przez kloniczny, rytmiczny ucisk opuszki wypycha nasienie. Lecz także cała, w gładkie mięśnie obfita część wisząca cewki moczowéj bierze również udział w wydzielaniu nasienia przez swe ruchy robaczkowe.

Jeżeli teraz jakikolwiek punkt w przebiegu części jamistéj jest siedzibą przewlekłego, zwężającego cewkę moczową nacieku, to wtedy dwie okoliczności należy uwzględnić: Normalna część cewki od przewodów wytryskowych aż do zwężenia nie stawia wytryskującemu nasieniu żadnéj przeszkody, przeciwnie przez swój ruch robaczkowy powiększa jego siłę propulzyjną. Atoli na nieelastycznym, trudno rozszerzalnym włóknistym pierścieniu zwężenia siła ta słabnie i znacznie się zmniejsza. Lecz pierścień ów nieelastyczny zatrzyma także robaczkową falę skurczu cewki moczowéj, nie przeniesie się ona daléj poza takowy ku przodowi. Skutkiem tego przy zwężeniach małego stopnia siła propulzyjna nasienia straci na energii, nasienie nie będzie wyrzuconem, lecz tylko powoli będzie wyciekało. W zwężeniach zaś znacznego stopnia nie ma miejsca żadna w ogóle ejakulacyja na zewnątrz, lecz nasienie skutkiem ruchów wstecznych dostanie się do pęcherza. Nie przyjdzie wówczas wcale do ejakulacyi nasienia na zewnątrz, lecz nastąpi tak zwany *aspermatismus relativus.*

O wiele ważniejszą atoli dla impotencyi i niepłodności jest przewlekła rzeżączka tylna. Tu należą wyłącznie te przypadki, w których przewlekła sprawa zapalna nie ogranicza się li do błony śluzowéj, lecz zajmuje z jednéj strony gruczoły przyprątne, z drugiéj strony, i to przedewszystkiem, wzgórek nasienny. Anatomicznie i endoskopowo charakteryzują się przypadki te obok zaczerwienienia,

obrzmienia, zatem oznak nieżytu części krokowéj, szczególnie przez częstokroć bardzo znaczny przerost samego wzgórka nasiennego. Grünfeld, Oberländer, przedewszystkiem zaś Burckhart podali bogaty w tym względzie materyjał.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O gruźlicy tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek (we Lwowie).

Spostrzeżenie, że w tęczówce może się pojawić gruźlica podobnie jak w naczyniówce, i to w okresie wczesnym, kiedy zmian gruźliczych niemożna jeszcze wykazać w innych narządach ustroju, należy do nowszych zdobyczy naukowych. Pierwsze wzmianki o gruźlicy oka w ogóle napotykamy w czasach po Laennecu, były one jednak zawsze bezpodstawne. W przypadkach ropnego zapalenia naczyniówki, z nagromadzeniem zgrubiałéj gęstéj ropy w oku, przypominającéj serowate ogniska gruźlicze w płucach i gruczołach chłonnych, rozpoznawano *chorioiditis tuberculosa*. Rzeczywistą gruźlicę odkrył w oku pierwszy Jaeger z Manzem za pomocą wziernika w naczyniówce (1855). Przez następnych blisko lat dwadzieścia o gruźlicy innych części oka nigdzie wzmianki nie napotykamy. Najnowsze badania dopiero wykazują gruźlicę w innych tkaninach oka, a mianowicie w spojówce, rogówce, siatkówce, nerwie wzrokowym i w tęczówce. W roku przeszłym spostrzegano w klinice Fuchsa także przypadek gruźlicy twardówki (Dr. Müller *Wiener Med. Blätter* 1890). Można tedy twierdzić, że nie ma unaczynionéj tkaniny w oku człowieka, w któréjby dotąd gruźlicy nie wykazano.

W drugiem wydaniu dzieła o chorobach ocznych pisze Wecker, że gruźlica chyba dopiero wtedy się w tęczówce pojawia, kiedy już prawie wszystkie inne narządy ustroju zajęła. W roku 1870 ogłasza Gradenigo pierwszy przypadek (*Archiv. f. path. Anatom.* t. LXVI), a w trzy lata późniéj Perls z Jacobsonem (*Archiv. f. Ophth.* t. XIX) drugi, które wykazują, że pierwotna gruźlica tęczówki istnieje. Odtąd napotykamy w pismach peryjodycznych już częstsze opisy téj choroby, które skutkiem rzadkiego pojawiania się tejże dotyczą zawsze pojedynczych przypadków. Jak rzadko zaś występuje gruźlica tęczówki, wynika z dat następujących. Hirschberg na zjeździe londyńskim (1881) podał, że na 17 tysięcy chorych spostrzegał raz pierwotną gruźlicę, przypadek który opisał Rüter (*Archiv. f. Augenheilk.* Knapp X, 1881), Arlt zaś w towarzystwie lekarskiem w Wiedniu oświadczył w dyskusyi, że w ciągu długoletniego doświadczenia spostrzegał tylko trzy przypadki. Z toku rzeczy wyniknie, że tak się ma istotnie rzecz, jeżeli uwzględniamy tylko przypadki rozsianéj gruźlicy tęczówki; w tych rzadkich przypadkach obraz chorobowy jest bardzo charakterystyczny a rozpoznanie, łatwe. Inaczéj się rzecz ma, jeżeli tylko jeden większy gruźliczy nowotwór się pojawi na tęczówce. Jeżeli nadto przebicie rogówki nastąpi, tedy rozpoznanie jest trudne. Przypominam, ile czasu wymagało rozpoznanie przypadku, który opisał Hoene (Talko, księga jubileuszowa, p. 317). Otóż licząc wszystkie rodzaje zmian gruźliczych w tęczówce, a mianowicie także większe nowotwory (*conglobierte Tuberkel*), dojdziemy do wniosku, że pojawienie się gruźlicy tęczówki jest częstsze. Nie ulega wątpliwości, że nie rozpoznano niejednego przypadka gruźlicy, w którym przyszło do przebicia rogówki. Na dowód przytaczam, że w r. 1873 opisał Hirschberg (*Virchows Arch.* s. 60) przypadek rzadkiéj choroby tęczówkowéj, którą za dawniejszemi idąc autorami nazwał *granuloma simplex iridis*. Twierdził, co już z nazwy, którą nadał nowotworowi, wynika, że guz jest dobrotliwéj przyrody, chóciaż stwierdza, że chory wkrótce zmarł śród objawów zapalenia opon mózgowych. W dziesięć lat późniéj (*Centralbl. f. p. A.* 1884, p. 135) zmienił sam autor zdanie i ogłosił, że w tym przypadku sprawa była niewątpliwie gruźlicza. Wątpliwości takie zachodzić musiały, dopóki sama tylko budowa miała orzekać o tem, czy nowotwór jest gruźliczy, czy nie. Obecnie ma się rzecz inaczéj. Odkrycie prątków gruźliczych i możność przeszczepiania choréj tkaniny w oko królicze mogą dostarczyć dowodu, że istotnie mamy przed sobą sprawę gruźliczą. Wreszcie przypomnieć wypada, że w wątpliwych przypadkach może płyn Kocha oddać pod względem rozpoznania pewne usługi.

Pomimo rzadkiego pojawiania się téj choroby, wczesne jéj rozpoznanie i znajomość jéj przebiegu są bardzo ważne. Jeżeli lekarz nie rozpozna gruźlicy, rozpozna inną chorobę tęczówki, co za sobą pociąga inne leczenie i inne rokowanie. Rozpoznając zaś w tęczówce miejscową sprawę gruźliczą, rozpoznaje niebezpieczeństwo, które grozi oku i całemu ustrojowi. Ponieważ według dotychczasowych doświadczeń, wyleczenie gruźlicą dotkniętéj tkaniny w oku jest bardzo wątpliwe, staraniem lekarza będzie usunąć chorą tkaninę jak najwcześniéj, co daje nowe wskazania do iridektomii, a gdzie iridektomii wykonać nie można, wskazane być może wyłuszczenie gałki ocznéj. Niestety dość często spotka się lekarz ze smutną koniecznością przypatrywania się rozwojowi sprawy bez możności zapobieżenia złemu drogą operacyjną, a to w tych przypadkach, w których już sprawa gruźlicza zajęła wewnętrzne a ważne dla życia narządy ustroju. Jeżeli się w przyszłości sprawdzi, że płyn Kocha może wyleczyć zupełnie ustrój gruźlicą dotknięty, wtenczas wczesne rozpoznanie gruźlicy w oku, jak w ogóle w ustroju, chyba tem większe mieć będzie znaczenie.

Odkąd we Lwowie się zajmuję praktyką okulistyczną, spostrzegałem dwa przypadki gruźlicy tęczówki. Poniżéj podaję jako przyczynek do kazuistyki, dotąd dość nielicznéj, historyje chorób, w których starałem się anatomiczne zmiany opisać z szczególną dokładnością. Oba przypadki są typami dwóch różnych rodzajów gruźlicy tęczówki. — Uwzględniając wreszcie wszystkie w przystępnéj mi literaturze ogłoszone przypadki, opiszę formy, w jakich występuje gruźlica tęczówki pod względem anatomicznym, określę kliniczny jéj przebieg, podam daty statystyczne, dotyczące pojawiania się choroby, a wreszcie streszczę zabiegi lecznicze i ocenię ich skuteczność. Zdaje mi się, że takie opracowanie nagromadzonego w pismach peryjodycznych materyjału nie będzie bez korzyści, tem mniéj, że dotąd nikt pracy téj się nie podjął, a wiem z doświadczenia, jak w wątpliwych przypadkach czuć się daje, że w podręcznikach okulistycznych rzecz o gruźlicy tęczówki należytego nie znalazła opracowania.

Pierwszy z moich przypadków dotyczył dziewczynki A. N., lat $3^1/_2$. Zgłasza się 1 kwietnia 1888. Odpowiednio do wieku zbudowana, odżywienie mierne, jeden gruczoł podszczękowy obrzmiały, zęby prawidłowe. Dziecko z kurczowo, lecz nie całkowicie przymrużonem lewem okiem patrzy do światła. Skóra powiek blada nieobrzmiała, szpara powiekowa

wązka. Rzęsy prawidłowe niepoklejone, w kąciku wewnętrznym śluzu nie ma, oko suche, nie łzawi Pomimo miernego światłowstrętu pozwala dokładnie obejrzeć oko. Spojówka gałki ocznéj lekko siatkowato nastrzykana, nastrzykanie rzęskowe mierne, dwie żyły przytwardówkowe zgrubiałe pokręcone. Odblask powierzchni rogówkowéj niewyraźny, powierzchnia szczególnie od dołu i zewnątrz jakby pokłóta i w tych częściach dość mocno zaciemniona. Tęczówka ciemniejsza niż na oku prawem, utkanie jéj mniéj wyraźne. Źrenica po atropinie rozszerzona od góry i od wewnątrz. Zewnętrzna część tęczówki brzegiem źrenicznym do przodkowéj torebki przyczepiona. Przy oświetleniu ogniskowem widać przez zaciemnioną zewnętrzną część rogówki, że tęczówka jest obrzmiała, że w tem miejscu przodkowa komórka jest nieco płytsza, a obrzmiała część tęczówki ma nieco jaśniejszą barwę. Oko przy dotknięciu nie jest bolesne, napięcie stanowczo, chociaż nie o wiele, podwyższone. Wywiady wykazują, że dziewczynka dotąd była zdrowa, chociaż wyglądanie wiele pozostawiało do życzenia. Przed 6 tygodniami oko się zaczerwieniło. Pomimo leczenia atropiną i ciemnicy, stan oka ciągle się pogarszał. Zresztą dziecko było zdrowe i cierpliwe, na bóle się nie uskarżając. Rodzeństwa było troje, chora jest najmłodsza. Najstarsze dziecko zmarło w trzecim roku życia z choroby mózgowéj. Rodzice żyją i są zdrowi.

Ogólny stan zdrowia dziecka badał dnia następnego także Dr. Kniaziołucki. Oprócz miernego obrzmienia niektórych gruczołów limfatycznych i złego odżywienia ciała nie można było innych zboczeń wykazać. Uwzględniając, że w oku można wykazać zapalenie tęczówki z tylnemi przyczepinami i obrzmieniem bez zmętnienia cieczy wodnéj, a ojciec przebył kiłę, podejrzywałem *iritis gummosa* na tle kiły dziedzicznéj. Zalecono obok zwykłych środków miejscowych wcierania *ung. cinerei* po 2 gramy dziennie. Po siedmiu wcieraniach oko się lepiéj otwiera, zadrażnienia niema. Otoczenie wielce uradowane w oczy bijącą poprawą stanu oka. Nastrzykanie rzęskowe mierne, zresztą stan oka jednaki. Po kilku dalszych wcieraniach, które się robiło z przerwami, oko się otwiera jak zdrowe, twardówka zbielała, nastrzykania rzęskowego tylko ślad pozostał. Rogówka znacznie się wyjaśniła. Ciecz wodna czysta, tęczówka przyrośnięta do przodkowéj torebki od zewnątrz, w źrenicy złogi barwika. Na zewnętrznéj i dolnéj części obrzmiałéj tęczówki widać większą ilość wyniosłości (gruzełków) półkolistych, wielkości ziarna maku i większych, częścią się stykających, z sobą połączonych, częścią osobno położonych; są one o wiele jaśniejsze niż utkanie tęczówki, jedne biało-sine inne żółtawe, niektóre przy brzegu jak galareta przeświecające. Gruzełki niedotykały tylnéj ściany rogówkowéj. Można było ośm naliczyć, z których cztery były wmiejscowione przy brzegu źrenicznym, trzy przy brzegu rzęskowym tęczówki, a jeden największy wystawał z środkowéj części. Napięcie oka prawidłowe. Rogówka obecnie na tyle się wyjaśniła, że można wziernikiem widzieć niewyraźnie przesuwającą się tarczę nerwu wzrokowego. Nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że świeżo powstałe wyniosłości są przyrody gruźliczéj i że w braku wszelkich innych zmian gruźliczych w ustroju miałem przed sobą pierwotną gruźlicę tęczówki. Pod wpływem szaruchy i skutkiem obniżenia napięcia oka wyjaśniła się rogówka do tego stopnia, że oko w ogóle robiło wrażenie zdrowszego, lepiéj się otwierało, a nastrzykanie rzęskowe także się zmniejszyło. A pomimo tych cech wrzekoméj poprawy, z obrzmiałéj, a jak teraz już przypuszczałem, z gruźliczo nacieklej tęczówki urosły gruzełki. Zalecono dyjetę wzmacniającą i podano w małych dawkach chininę. Iridektomija w tym przypadku nie wystarczałaby, aby usunąć zajętą część tęczówki. Pomijając bowiem, że trzebaby wyciąć połowę tęczówki, niepodobnaby wyciąć doszczętnie naciekłego i obrzmiałego brzegu rzęskowego tęczówki, z którego gruzełki wyrastały. Na wyłuszczenie oka rodzina zgodzić się nie chciała. Dwudziestego ósmego dnia po objęciu leczenia stan oka był następujący: Nastrzykanie rzęskowe mierne, powierzchnia rogówki jakby lekko pokłóta, rogówka tylko przy brzegu dolnym i zewnętrznym zaciemniona. Gruzełki sa szare, biało-żółtawe, inne znowu biało-sine wielkości małych jagieł. Blisko zewnętrznego brzegu źrenicznego tęczówki widać sino biały okrągły gruzełek, który wystaje do przodkowéj komórki całą swoją objętością tak, że się zdaje, jakoby tylko podstawą swoją przylepiony był do tęczówki. Trochę wyżéj są dwa podobne, ale znacznie mniejsze, co do barwy ciemniejsze niż wyżéi opisane. W kilka dni późniéj skarży się dziecko na bóle głowy i wskazuje na czoło ponad okiem. Napięcie oka podwyższone (T + I), rogówka tak zaciemniona, że tylko przy oświetleniu ogniskowem można gruzełki rozpoznać. Matka podaje, że dziecko wieczorami gorączkuje. Piątego maja podczas nieobecności mojéj we Lwowie, zawezwano do dziecka Dra Kniaziołuckiego. Tenże podaje: „prócz gorączki, która się ma ku wieczorowi powiększać i prócz znacznie powiększonéj śledziony, nie znalazłem żadnych objawów. Dziecko jednak jest mocno rozdrażnione, złe, chudnie od kilku dni i skarży się na ból głowy. Jedna siostrzyczka choréj umarła z gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Być może, że i tu się rozwija ta sama sprawa chorobowa“. I rzeczywiście w następnych już dniach rozwija się choroba z wielką gwałtownością i typowym przebiegiem, Dziecko pozostawało pod opieką Drów Kniaziołuckiego i Wachtla. Śmierć nastąpiła 24 maja. Ostatni raz badałem oczy pięć dni przed śmiercią. Oczy były przymknięte, dziecko nieprzytomne. Przy badaniu krzyczy. Nastrzykanie rzęskowe dość mierne, żyły przytwardówkowe grubsze i pokręcone. Rogówka od dołu i zewnątrz zaciemniona, nieprzeźroczysta. Tylko przez górną część rogówki widać, że ciecz wodna jest czysta, źrenica rozszerzona od wewnątrz i od góry, barwa tęczówki ciemniejsza niż na oku drugiem, zdrowem. Na tęczówce na wewnątrz od źrenicy, a więc na dotąd zdrowéj części, jeden gruzełek brudno-żółty, płytki, od góry trzy obok siebie poustawiane, wystające tylko trochę nad powierzchnię tęczówki. Jaki jest stan zewnętrznéj i dolnéj części tęczówki, tego z powodu zaciemnienia rogówki i bardzo utrudnionego badania rozpoznać nie można. Oko trochę twardsze niż prawe. Dr. Wachtel, który aż do śmierci dziecka codziennie je widział, udzielił mi swoich spostrzeżeń, z których wynika, że chora zmarła z *meningitis tuberculosa* z typowym przebiegiem.

(Dokończenie nastąpi).

III. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Z drugiéj strony wielka niecierpliwość i brak wytrwałości stoją na przeszkodzie zupełnemu przeprowadzeniu kuracyi. Jeśli się zdoła nakłonić chorą do samego elektryzowania lub obok tego przepisuje tylko środki zupełnie obojętne i po pewnym czasie znaczniejszą poprawę uzyska, to najczęściéj chora znika, nie czekając dalszych skutków. W ogólności jednak musi się przyznać opisanemu sposobowi elektryzowania bardzo zbawienny wpływ na chorobę. Oczywiście, że nie brak też i wprost przeciwnych wyników, leży to już jednak w istocie saméj choroby, gdzie nie można pod tym względem żadnych prawideł ustanowić. Co w jednym przypadku znakomicie pomaga, w innym może szkodzić.

Pod wpływem opisanego sposobu znikają przedewszystkiem ogólne objawy, jak niepokój, zbytnia wrażliwość, wygórowana odruchowość, następnie *globus hystericus*. Sen poprawia się też w wielu przypadkach.

B ó l e g ł o w y, m i g r e n a (*hemicrania*), szczególnie na tle histerycznem, ustępuje często pod wpływem tuszu głowowego oraz strumienia wielokrotnego, stosowanego na głowę i szyję. Tego ostatniego nie należy aplikować zbyt

energicznie i długo. Najlepiéj ograniczyć się do 3 minut najdłużéj. Tym sposobem udało mi się, oprócz kilku innych, wyleczyć dwa przypadki, w których nie pomagały ani żadne środki wewnętrzne, ani galwanizowanie głowy i nerwów współczulnych. W jednym razie ustąpiła migrena po 10 posiedzeniach codziennych, w drugim po 18, i, jak sądzę, nie powróciła, pacyjentki bowiem nie zgłosiły się ponownie.

Tutaj także ostrożność należy zachować. Leczyłem histeryczkę, cierpiącą na silne bóle głowy połowicze oraz nerwu nadoczodołowego prawego. Z początku stosowałem prąd stały, co sprawiało pewną ulgę w migrenie, a nawet ból nerwu nadoczodołowego zupełnie usunęło. Po kilku jednak posiedzeniach migrena poczęła wracać z równą natarczywością. Zacząłem używać tuszu głowowego oraz strumienia wielokrotnego, z początku z nader świetnym skutkiem, chora bowiem została oswobodzona zupełnie z uporczywego cierpienia. Trwało to jednak zaledwie 5 dni, poczem powracały napady migreny z jeszcze większem nasileniem i to, jak chora twierdziła, po każdem elektryzowaniu. Sądząc, że to przypadkowy zbieg okoliczności, przerywałem kilka razy elektryzowanie i zawsze migrena była wtedy znacznie słabszą, po rozpoczęciu zaś napady znów się olbrzymio wzmagały. Jestto zresztą jedyny przypadek z kilkudziesięciu, przytaczam go jednak na dowód, że trzeba być przygotowanym na wszelkiego rodzaju niespodzianki.

Znieczulenia (anestezyje) należą do objawów, ustępujących stosunkowo najłatwiéj pod działaniem elektryczności statycznéj. Używa się do tego silnych iskier, powstających przy połączeniu bieguna dodatniego z elektrodą zakończoną kulką metalową.

Polepszenie w tym kierunku otrzymałem także u chorego dotkniętego nerwicą urazową, opisanego przezemnie w artykule pod tyt.: O nerwicach urazowych, *Przegląd Lekarski*, 1890. Wraz z powracaniem czucia skórnego polepszył się u tego chorego sen i słuch, zmniejszył się szum i zawrót głowy.

Do objawów cięższych postaci histeryi należy katalepsyja, którą tak łatwo sprowadzić można u histeryczek w stanie hypnozy.

Stein wywoływał katalepsyję u młodych, wrzekomo zdrowych ludzi bez hypnotyzmu, jedynie tylko za pomocą elektryczności statycznéj, a mianowicie przez posuwanie elektrody połączonéj z biegunem dodatnim od pleców ku palcom po wyciągniętéj ręce. Ręka popadała w katalepsyję i w znieczulenie zupełne. Posuwanie w odwrotnym kierunku znosiło katalepsyję. Przeciwnie rzecz się miała, jeżeli elektroda połączona była z biegunem ujemnym. Wtedy posuwanie dośrodkowe wywoływało katalepsyję, usuwało ją zaś odśrodkowe, a więc od pleców ku palcom. Próby robione elektrodami bez wprawiania w ruch maszyny influencyjnéj wypadły ujemnie, więc powstawanie katalepsyi przypisuje Stein tylko działaniu elektryczności statycznéj.

W praktyce méj miałem przypadek nieco podobny, którego jednak nie mogłem z ubocznych powodów należycie wyzyskać. Dotyczył on pewnéj histeryczki, która od czasu do czasu popadała nagle w stan zupełnéj bezwładności. Pozostawała wtedy w téj pozycyi, w jakiéj ją napad zaskoczył, przez pewien czas nie mogąc wymówić słowa, ani najmniejszego poruszenia wykonać, zachowując przytem zupełną przytomność. Napad kończył się głębokiem westchnieniem, jakby nagłem ocknieniem ze snu. Występował on nagle, czasem na przechadzce, sprowadzając przerażenie otoczenia, którego zabiegi pogarszały wtedy tylko stan i przedłużały napad. Nie była to katalepsyja, tylko zupełny brak woli (*abulia*), tak w tym stanie jednak, jak i poza nim można było nader łatwo wywołać katalepsyję przez wyprostowanie ramienia i głaskanie (pasy) odśrodkowe. Ramię pozostawało wtedy w nadanéj pozycyi i dopiero po dłuższym czasie zwolna opadało, czucie zaś bywało bardzo obniżone. W przypadku tym stosowałem elektryczność statyczną w postaci tuszu na głowę. Zaraz za pierwszym razem chora popadła w ten stan bezwładności wskutek patrzenia w obracającą się szybę. Ponieważ się to parę razy ponowiło, przeto ustawiałem ją tak, aby nie mogła patrzeć na szybę. Sam jednak monotonny szelest obracającéj się szyby i guziczków trących o pendzelki wywoływał napad. Podczas tego strumień wielokrotny stosowany na rękę sprawiał katalepsyję. Chcąc uniknąć powtarzania się napadów podczas elektryzowania, rozrywałem chorą rozmową, odwracając tym sposobem uwagę od monotonnego szmeru maszyny i rzeczywiście napady nie powtarzały się, a elektryczność statyczna wpłynęła bardzo dobrze, gdyż nie tylko w ogólności napady stały się rzadsze, lecz i inne objawy ustąpiły.

Z rzadszych objawów histeryi wymienić tutaj muszę ubezwładnienie nóg, jakby paraplegija, objaw nazwany przez Blocq'a astazyją i abazyją. Objaw podobny nabyła jedna z moich chorych wskutek przestrachu. Mimo zupełnie prawidłowych stosunków nie mogła ani stać, ani chodzić o własnéj mocy. Stan ten trwał kilka tygodni, zanim rozpocząłem leczenie w tym kierunku. Zaręczyłem jéj, że elektryczność statyczna natychmiast pomoże i rzeczywiście tusz głowowy sprawiał, że chora po jednorazowem zastosowaniu mogła już o własnéj sile chodzić, jakkolwiek niepewnie, a po trzech posiedzeniach objaw ten ustąpił zupełnie. Oczywiście, że grała tutaj rolę wyłącznie suggestyja, stosowałem bowiem przez kilka tygodni przedtem u téj choréj elektryczność statyczną z powodu innéj choroby, mianowicie porażenia nerwu twarzowego, a mimo to, objaw ten z każdym dniem się pogarszał. Nagłe ustąpienie jego też za tem przemawia, tem więcéj, że chora nabrała do téj metody zaufania, gdyż za pomocą niéj uwolniłem ją przedtem zupełnie od dokuczliwego cierpienia. Przypadek ten opiszę szczegółowo osobno.

Neurastenija.

W téj chorobie podobnie jak w histeryi obowiązują te same wskazówki i stosować należy sposoby, którem powyżéj opisał. Ogólne franklinizowanie oddaje tutaj bardzo dobre usługi. Zabieg ten należy modyfikować stósownie do tego, która postać przeważa, czy mózgowa, czy rdzeniowa. W pierwszym przypadku trzeba główny nacisk położyć na tusz głowowy i strumień wielokrotny, stosowany na głowę, w drugim zaś należy ten ostatni kierować przedewszystkiem na rdzeń i nerwy obwodowe, oraz używać dość silnych iskier.

Tusz głowowy usuwa szczególnie ciężkość, którą neurastenicy czują w głowie, przeważnie bezpośrednio po śnie. Skutek jest nieraz natychmiastowy, znużenie ustępuje i powraca swoboda myśli.

W bezsenności dobrze nieraz działa u neurasteników kąpiel frankliniczna długotrwała, połączona z stosowaniem lekkiego tuszu głowowego. Wyniki jednak są tutaj, o ile sam stwierdzić mogłem, gorsze aniżeli przy odpowiedniem galwanizowaniu głowy.

To samo odnosi się do bicia serca w neurastenii, histeryi itd., a więc nerwicach bez zmian anatomicznych. Kąpiel frankliniczna uśmierza je, nawet w pewnych razach, gdy inne metody zawodzą, jakkolwiek w ogólności galwanizowanie szyi lepszym jest środkiem.

Z innych zaburzeń wymienić wypada jeszcze zboczenia w przewodzie pokarmowym, jak rozstrzeń żołądka, zwiotczenie jelit itd. Dobrym sposobem w tych razach jest ciemne wyładowanie przy pomocy tablic Franklina stosowany na mięśnie brzucha. Z elektrodą łączy się biegun dodatni. Kul wewnętrznych przewodnika nie należy więcéj rozstawiać jak do 2 ctm. Jakkolwiek metoda ta jest bardzo dobrą, jednak nie przedstawia żadnych zalet przed innemi, jak n. p. faradycznem mięsieniem, a jest może uciążliwsza w przeprowadzeniu.

Co do stosowania elektryczności statycznéj u neurasteników w niemocy płciowéj, to nie mogę własnego zdania wypowiedzieć. Stosowałem ją wprawdzie niejednokrotnie z rozmaitym wynikiem, jednak zawsze w połączeniu z innemi metodami elektrycznemi, z hydroterapią, oraz środkami wewnętrznemi.

Pląsawica (*Chorea*).

Podczas gdy francuska szkoła zaznacza bardzo dobre wyniki w téj chorobie przy leczeniu elektrycznością staty-

czną, Niemcy nie przypisują jéj wielkiéj wartości, jakkolwiek też jéj zupełnie nie odmawiają. Osobiste doświadczenie pouczyło mnie, że w każdym razie jest ona bardzo cennym środkiem. W dwóch przypadkach, co prawda świeżych, u dziewcząt 9 i 12 letniéj, stosowałem ją wyłącznie i to z zupełnie pomyślnym wynikiem. W innych zaś w połączeniu z środkami wewnętrznemi. Używa się do tego celu kąpieli frankliniczněj, tuszu głowowego, w końcu strumienia wielokrotnego na części zajęte.

Padaczka (epilepsyja).

W téj chorobie elektryczność statyczna, jakkolwiek zalecana przez francuskich autorów, jest środkiem o wiele niżéj stojącym od wszelkich innych. Ja sam jakkolwiek stosowałem ją przez czas dłuższy w 6 przypadkach, nie widziałem najmniejszéj zmiany ku lepszemu.

Choroba Parkinsona (Paralysis agitans).

To samo, com powiedział o padaczce, odnosi się do téj choroby. Elektryczność statyczna jest tutaj równie bezsilna, jak i wszelkie inne metody. Charcot i Ballet wprawdzie zaznaczali polepszenie przy użyciu strumienia wielokrotnego oraz iskier, jednakże gdzieindziéj sam Charcot przyznaje: *ce n'est pas l'électricité statique qu'il convient de faire intervenir. (Leçons sur les maladies du système nerveux.* T. I., 1886, str. 188). Przy użyciu silniejszych iskier spostrzegałem w dwóch przypadkach tylko wzmożenie się drżenia zamiast zmniejszenia. (Dok. nast.)

IV. Z praktyki prywatnéj.

Niezwykły przypadek zranienia.

Opisał

Dr. Jan Bednarski w Guèvé w Maléj-Azyi.

Dnia 2 października 1889 r. zostałem zawiadomiony o zranieniu robotnika z wezwaniem do jak najrychlejszego przybycia, gdyż, według zdania piszącego, niechybna mu śmierć grozi. Przybywszy na miejsce przypadku, zastałem gromadkę robotników, otaczających nieszczęściem dotkniętego ich czausza Abduramana Achmeta, siedzącego na kolanach swego brata, z twarzą bladą i wylękłą, który jak i jego towarzysze z uwagą przysłuchiwali się odczytywaniu ustępów z koranu przez zawezwanego chodzię (kapłan turecki). Przy badaniu okazało się co następuje:

Indywiduum wzrostu wysokiego, około 30 lat liczące, z pokolenia Kurdów, dobrze zbudowane i odżywione.

Tętno 66, pełne. Po odsłonięciu koszuli na ciele widoczne są 2 rany. Jedna z nich znajduje się na wysokości obojczyka prawego mniéj lub więcéj w środku, na $3^1/_2$ ctm. długa, około $2^1/_2$ ctm. szeroka, o brzegach nierównych. Rana ogranicza się tylko do skóry i tkanki podskórnéj. Żebra tak w miejscu rany, jak i z przodu klatki piersiowéj, nigdzie nie nadwerężone. Po uchwyceniu dolnego brzegu rany w pincetkę widać na kilka ctm. kanał, przebiegający ku wewnątrz i dołowi. Druga rana tych samych rozmiarów co pierwsza, mająca prawie te same własności z wyjątkiem rozmiaru rozchylenia brzegów, które wynosi zaledwie $^1/_2$ ctm., znajduje tuż nad kością łonową lewą, również w środku. W płacie rany oprócz skóry widoczne są wiązki mięśniowe, zresztą nie widać nadwerężenia ani kości, ani części innych prócz mięśni i naczyń.

Sonda wprowadzona do rany wykazuje obszerny kanał prowadzący ku górze. Powierzchownie widać kiełbasowaty wał, prowadzący od rany po lewéj stronie pępka w kierunku ku górze ku wewnętrznemu brzegowi łuku żebrowego lewego, gdzie ślad jego zupełnie się gubi. Wał ten przy dotyku bolesny, odgłos wypukowy przy lekkiem opukiwaniu stłumiony, przy silniejszem bębenkowy. Obmacywanie nie wykazuje nic szczególnego. Zresztą jama brzuszna nie przedstawia żadnych nieprawidłowości, brak również wszelkich zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, jak wymiotów i bolów, a wiatry po przypadku tym miały odchodzić. Na klatce piersiowéj nie ma nieprawidłowości. Wypuk płuc normalny, szmery prawidłowe. Serce nie przedstawia również nic szczególnego.

Jak z opisu tego już wnosić można, mamy do czynienia z jednym wielkim kanałem rannym, zaczynającym się nad kością łonową lewą a kończącym się nad obojczykiem prawym. Narzędzie, które wywołało powyższą ranę, była to sztuka żelaza tak zw. *barre à mine* $1^1/_2$ metra długa, walcowata, przeszło 3 ctm. gruba, na obydwóch końcach dłutkowato rozszerzona; szerokość ostrza nieco już stępionego wynosi 4 ctm. Abduraman pracował tem narzędziem na pochyłości kilka metrów wysokiéj i dosyć spadzistéj. Wśród pracy wypada mu to narzędzie z ręki, przyczem sam Abduraman straciwszy równowagę ześlizguje się na brzuchu, w ślad za niem, i nabija się poprostu na takowe, wskutek czego powstaje kanał ranny, wynoszący aż 67 ctm. długości. Podług opowiadania świadkow nad obojczykiem sterczał kawałek żelaza po wydostaniu się na zewnątrz jeszcze na 20 ctm. tak, iż żelazo to weszło w ciało na 87 ctm. Robotnik ów miał na sobie tylko koszulę i pas na brzuchu wełniany, opasujący go kilkakrotnie. Odpowiednio do rany nad spojeniem widać w koszuli dziurę, w części zaś odpowiadającéj ranie nad obojczykiem koszula nieuszkodzona. Badanie powyższe przekonało mnie, iż rana w całéj swéj długości jest powierzchowną, przebiegającą tuż po pod skórą i że ani żebra, a względnie ani klatka piersiowa, ani jama brzuszna nigdzie nie nadwerężone. Możnaby się było z wszelką stanowczością przekonać, gdyby się rozporządzało na miejscu sondą, lecz na sondowanie podobne ani pacyjent by się nie zgodził, ani też nie łatwo znaleść sondę podobnych rozmiarów. Założywszy opatrunek przeciwgnilny, poleciłem przenieść chorego do szpitala. Dalszy przebieg był dla chorego wcale pomyślny. Rany, z których pierwszą to jest nadobojczykową zespoiłem, pozostawiając drugą otwartą, zagoiły się przez rychłozrost. Natomiast na wysokości pępka w miejscu wału opisanego rozwinął się ropień, który po otwarciu rychło się zagoił tak, iż chory po 10 dniowym pobycie opuścił szpital zdrów. Nie potrzebuję dodawać, iż robotnikowi owemu groziło poważne niebezpieczeństwo, którego uniknął tylko dziwnym zbiegiem okoliczności, a mianowicie, iż ostrze narzędzia zazwyczaj ostre, było stępione już przez użycie, powtóre, iż napotkawszy na silny opór na kości łonowéj zmieniło swój kierunek przebiegając więcéj powierzchownie.

Okoliczność, iż w znanéj i dostępnéj mi literaturze nie spotkałem się z opisem podobnego zranienia, skłoniła mnie do ogłoszenia niniejszego przypadku.

V. Oceny i sprawozdania.

Liebreich: **O działaniu soli kantarydynowych.**

Treść przemówienia Liebreicha na posiedzeniu Towarzystwa lek. w Berlinie o farmakologicznem działaniu tego nowego środka przeciw gruźlicy jest następująca: Jeżeli na powłoki zewnętrzne przyłoży się kantarydy, to wytwarza się wypocina, przy wewnętrznem zaś podawaniu ulegają zadrażnieniu trzewa brzuszne, a u zwierząt zatrutych śmiertelną dawką, znajdował L. płuca w stanie zbitszéj konsystencyi. Zdaniem L. kantarydyna wewnętrznie podawana nie wywołuje stanów zapalnych jakby się na pozór wydawało, lecz sprowadza właściwe zmiany w naczyniach włosowatych, które przepuszczają na zewnątrz surowicę. Ponieważ przypuszczać można, że czułość naczyń włosowatych na zadrażnienie jest w różnych miejscach rozmaitą, i że naczynia włosowate w stanie zadrażnienia się znachodzące, łatwiéj wypocinę przepuszczają, przeto sądził L., że można znaleść taką dawkę kantarydyny, którąby działała wyłącznie na naczynia włosowate zapaleniem dotknięte. Wywołane w ten sposób wystąpienie surowicy do tkanki jest czynnikiem ważnym, raz dlatego, że komórki źle odżywione sprowadza do stanu prawidłowego, powtóre, że jak wykazały doświadczenia Buchnera, surowica posiada własności przeciwgnilne. Istnieje

przeto możebność że w pewnem miejscu chorobowo zajętem, wydzielona surowica wpływ korzystny na zboczenia wywiera. Z tego założenia wychodząc, L. wykonał doświadczenia na ludziach, z których się okazało, że 0·0001—0·0004 kantarydynianu potasowego jest dawką, która nie wywołuje zmian w nerkach, a okazuje działanie na tkankę chorą. Jakkolwiek doświadczenia czyniono tylko na ludziach dotkniętych gruźlicą, można jednak *a priori* przypuścić, że sole kwasu kantarydynowego działać będą także w obec zboczeń innego charakteru. Co się tyczy zastosowania praktycznego, to zauważyć szczególnie trzeba, że należy baczną zwracać uwagę na stan nerek, i że choroby nerek stanowią przeciwskazanie do stosowania środka.

Pierwsze praktyczne doświadczenia ze środkiem Liebreicha poczynił Heymann na 27 chorych, z których 10 znajduje się w leczeniu dopiero od bardzo krótkiego czasu. Z pozostałych siedemnastu, 11 dotkniętych jest głębokiemi owrzodzeniami gruźliczemi w krtani, przypadki przeważnie bardzo ciężkie, reszta (6 przypadków) tyczy się przewlekłego nieżytu krtani Dawka wahała się między 0·0001 a 0·0004, najczęściéj wynosiła 0·0002. Wszystkich chorych leczono ambulatoryjnie, nie kazano im zmieniać dotychczasowego trybu życia, nawet pozwalano palić cygara tym, którzy do tego byli przyzwyczajeni, jednem słowem starano się chorych utrzymać w tych samych warunkach, w jakich pozostawali przed leczeniem. Chorzy znosili wstrzykiwania bez żadnych zaburzeń. Jako miejsce do injekcyj wybrano skórę na grzbiecie pomiędzy łopatkami. Z ogólnych objawów, które występowały po wstrzykiwaniach, dwa razy podawali chorzy ból głowy i zawroty, kilkakrotnie pojawiły się biegunki. Często skarżyli się pacyjenci na parcie i pieczenie przy oddawaniu moczu; wtenczas wstrzykiwań zaniechano na jeden dzień, i przez podanie kilku kropel *Tinct. opii* objawy powyższe usuwano. W jednym przypadku po dawce 0·0004 miało nawet przyjść do pojawienia się krwi w moczu, czego jednak H u chorego sam nie stwierdził.

Jako skutki lecznicze zauważono przedewszystkiem w gruźlicy krtani po 3 lub 4 wstrzyknięciach polepszenie ogólnego stanu i wyraźna poprawa mowy. Na ilość i jakość prątków wpływu nie było. W płucach rzężenia i świsty się zmniejszyły lub znikły zupełnie, a w jednym przypadku nawet nastąpiło zmniejszenie stłumienia. Plwociny stawały się we wszystkich przypadkach płynniejsze, skąpsze i łatwiéj dawały się wykrztuszać, kaszel się zmniejszał, a w 4 przypadkach prawie zupełnie ustąpił. Również i poty nocne zmniejszały się lub znikały.

W jednym z dwóch przypadków, w których istniała gorączka hektyczna, ustąpiła ona po czwartéj injekcyi. W krtani przedmiotowo zauważyć można było przedewszystkiem zmniejszenie się zaczerwienienia, i szybko także, czasem już po pierwszéj injekcyi, znikanie nacieku. Granulacyje stawały się bledsze i przypłaszczały się, a wrzody oczyszczały się od brzegów. Cały szereg wrzodów na pewne jako takie skonstatowanych już się zagoił, inne są w stanie zabliźniania się. Edematyczny obrzęk chrząstek nalewkowych, który istniał w większéj części przypadków, zmniejszał się także, a tem samem i ruchomość głośni stawała się lepszą. U kilku ciężko chorych przyszło do ostrych recydyw. Przypadki zajęcia nieżytowego krtani okazują po większéj części szybkie i znaczne polepszenie.

Podobnie brzmią wyniki podane przez Fränkla, który w 15 przypadkach gruźlicy krtani bardzo ciężkich stosował środek Liebreicha. Polepszenie stanu ogólnego i mowy, zmniejszenie się kaszlu i potów nocnych, szybkie ustępowanie zmian miejscowych w krtani. Nadto zauważył F. także zmniejszanie się ilości prątków w plwocinach. (*Wien. med. Blätter* Nr. 10).

Choroby oczne.

Hugon Rubiński: **Beiträge z. d. angeborenen Cysten d. unteren Augenlider m. Microphthalmus.** *Dissert. inaug.* Królewiec 1890.

Przedstawiwszy 26 znanych dotąd przypadków wrodzonego torbiela pod dolną powieką przy małowzroczności, z których 8 swoich własnych, autor dodaje opis jednéj własnéj obserwacyi dokonanéj w klinice w Królewcu. U półrocznego dziecka wyłuszczono podobny torbiel, przyjęty do operacyi jakoby *cavernoma* (!) pr. oczodołu, przy obustronnéj małooczności i szczelinie jagodówki. Preparata zbadał prof. Vossius i przyszedł do następujących wyników: torbiel wielkości gołębiego jaja łączył się z białkówką w pobliżu n. wzrokowego za pomocą krótkiego mocnego sznurka; komunikacyi między torbielem a wnętrzem gałki nie było. Ściany torbiela składały się z 2 warstw, wyrostki w formie kolb przypominały tu nierozwiniętą siatkówkę, cylindryczny nabłonek, pokrywający wewnętrzną warstwę odpowiadał cylindrowemu nabłonkowi części rzęskowéj siatkówki; na wewnętrznéj ścianie torbiela znaleziono masę żółtego i brunatnego barwika (*Haemosiderin*). Badanie to stwierdziło przypuszczenie Ewetzkiego i Langego, że podobne torbiele są wynikiem oddzielenia się od gałki ocznéj, wydęcia białkówki, zwykle obserwowanego w pobliżu tylnego brzegu gałki w dolnéj części takowéj. Torbiel taki najczęściéj bywa połączony z macierzystą gałką oczną za pomocą sznurka lub nawet zupełnie się oddziela od gałki. *Dr. J. Talko.*

Położnictwo.

Neugebauer: **Przyczynek do etyjologii kościozmyku.**

W pracy niniejszéj opisuje N. przypadek świeżego złamania *processus interarticularis* ostatniego, w tym przypadku szóstego kręgu lędźwiowego.

Wiadomo, że N. był pierwszym, który na podstawie rozległego materyjału wykazał, że przyczyną kościozmyku jest znaczne wydłużenie *proc. interart.* ostatniego kręgu lędźwiowego, skutkiem czego takowy przed kość krzyżową wysunąć się, a nawet do miednicy małéj zstąpić może, mimo, że związek między *process. articulares* ostatniego kręgu lędźwiowego a pierwszego kręgu krzyżowego zostaje nienaruszonym Dawna teoryja Kiwischa, że kościozmyk powstaje przez zwichnięcie ostatniego kręgu lędźwiowego, została skutkiem poszukiwań N. obaloną.

Kiedy tak na punkcie przyczyny powstawania kościozmyku zupełna zapanowała zgoda, nie mogli się autorowie zgodzić na przyczynę wydłużenia *proc. interart* Podczas gdy jedni przypuszczali, że brak kostnego połączenia wyrostków stawowych, zdarzający się często w ostatnim kręgu lędźwiowym, przy ciągłym ucisku z góry, jest przyczyną wydłużenia *process. interart.*, przypuszczali drudzy wobec faktu, że chore z miednicą kościozm., jako przyczynę powstania téj deformacyi podają połączone z hyperfleksyją kręgosłupa dźwiganie wielkich ciężarów, spadnięcie ze znacznéj wysokości i t p., że przyczyną wydłużenia *process. interart.* może być źle wygojone złamanie tegoż wyrostka.

Przypadek niniejszy dostarczył dowodu niezbitego, że ostatnia przyczyną nie jest teoretyczną mrzonką, ale *de facto* istnieć może. Maryjanna B. w 10 miesiącu ciąży w zamiarze samobójczym skoczyła z 3 piętra, poczem w 6 godzin wyzionęła ducha. Sekcyja: prócz pęknięcia macicy w 3 miejscach, podwójnego złamania pierścienia kostnego miednicy, wylewu krwawego we więzy szerokie macicy, za otrzewną w miejscu *synchondroses sacroiliacae* i za spojeniem łonowem, wykazała co najważniejsze świeże złamanie *processus interarticul.* po str. prawéj. Miednica z powodu prawostronnéj asymilacyi okazała się skośnie zwężoną; kręgów lędźwiowych było sześć: *processus transv.* ostatniego nosił po str. prawéj znamiona kręgu krzyżowego t. z. zamieniony był w *massa lateralis*, która uległa podłużnemu pęknięciu. Staw między wyrostkami stawowemi piątego i szóstego kręgu lędźwiowego napozór był nienaruszony: po nacięciu torebki stawowéj okazało się jednak. że wyrostek stawowy 5 kręgu lędźwiowego uległ podłużnemu pęknięciu, poczem ostry jego odszczep przy silnéj hyperfleksyi kręgosłupa wywarł tak silny ucisk na *proc. interart.* 6 kręgu, że wywołał złamanie takowego.

N. sądzi, że przyczyną, dla któréj wyżéj opisany przypadek świeżego złamania *proc. interart.* jest dotychczas jedynym w literaturze, jest ta okoliczność, że samo takie złamanie nie może się stać przyczyną śmierci; podług jego

zdania jednak jeden taki przypadek wykazujący jasno możność złamania *proc. interart.* uprawnia do przypuszczenia, że złamanie to może odgrywać rolę w etyjologii kościozmyku. Przypadek ten okazał się bardzo ciekawym i z téj przyczyny, że rozległe pęknięcie macicy nie wywołało za życia typowych objawów, po którychby takowe poznać można. Pomijając silne napięcie jędrnych i tłustych powłok jamy brzusznéj, główną przyczyną były utrzymane w całości błony płodowe w dolnym odcinku macicy tak, że palec badający śluzem tylko, a nie cieczą krwawą był okryty, mimo, iż części poprzedzającéj wybadać nie było można. *(Medycyny*, Nra 39, 40, 41 i 42, r. 1890). *Dr. Stan. Czapliński.*

Medycyna sądowa.

K r a t t e r (Innsbruk): **Znaczenie ptomain w medycynie sądowéj.**

Od czasu ogłoszenia pomnikowych prac Selmiego o zasadach gnilnych, których własności tak chemiczne jakoteż i farmakodynamiczne okazały się prawie zupełnie równemi własnościom zasad roślinnych, przekonano się, że doświadczenie fizyjologiczne robione wyciągiem otrzymanym sposobem Stas-Ottona lub Dragendorffa z zwłok ludzi zmarłych wrzekomo z powodu otrucia alkaloidami, nie może stanowić absolutnego dowodu, przemawiającego za otruciem. Jeszcze bowiem przed Selmim wykrył Marguart septicynę pod względem działania identyczną z koniiną, Fassbinder i Rörsch ptomainę, działającą podobnie jak digitalina, Selmi zaś stwierdził istnienie ptomainu, podanego już w roku 1869 przez Zuelzera i Sonnenscheina o własnościach atropiny.

Mimo to częściowe rozróżnienie zasad roślinnych od gnilnych jest możliwe, a to na zasadach następujących: Zasady roślinne są to stałe połączenia o dokładnie znanych własnościach chemicznych i fizycznych. Z wyjątkiem nikotyny i koniiny są one ciałami stałemi, które albo już jako takie lub jako sole krystalizują w dokładnie znanych kształtach. Odczyny ich chemiczne jakkolwiek często wielu odrębnym alkaloidom wspólne, ale im tylko właściwe. Ptomainy natomiast mają skład niestały, są lotne, a własnościami swemi tylko częściowo odpowiadają alkaloidom. Ptomainy te stanowią przeszkodę w wykryciu alkaloidu, którym otrucie nastąpiło, czyniąc odczyn jego chemiczny niewyraźnym lub znosząc go zupełnie. Ztąd K. postawił sobie za zadanie wykazać doświadczalnie, czy i w jakim stopniu i które z ptomainów są przeszkodą w wykryciu danego alkaloidu. Doświadczenia robił ze strychniną i przekonał się, że ona mimo gnicia daje się najdokładniéj wykazać. Otóż twierdzi K., że pożądanem byłoby w drodze doświadczalnéj przekonać się o ile ptomainy wykryciu innych alkaloidów stoją na przeszkodzie, gdyż w ten tylko sposób będą mogły orzeczenia sądowo lekarskie w przypadkach otruć alkaloidami należytéj nabrać pewności. Z ptomainów, których skład chemiczny określił Brieger, tylko niektóre przechodzą w rozczyny przy metodzie Stas-Ottona lub Dragendorffa. Ważnem również jest odkrycie Briegera, że przy gniciu najpierw tworzą się ptomainy nietrujące, dopiero po 2—3 tygodniach gnicia powstają trujące ptomainy jak midaleina w końcu dopiero midina i midatoksyna. Z tego odkrycia Briegera wypływa dla medycyny sądowéj wielka korzyść, a nadto wskazanie do zbadania warunków i czasu, w jakich jedne ptomainy przy gniciu powstają, inne bezpowrotnie giną. Cała sprawa gnilnego rozpadu zwłok tak doniosłe znaczenie mająca głównie prawie dla medycyny sądowéj, do dziś można powiedzieć spoczywa tylko na empiryi, praw jednak gnicia i bliższych zmian chemicznych jego nie znamy. A jednak zbadanie tychże, które zdaniem K. niedalekiéj może przyszłości nastąpi, postawi medycynę sądową w możności określenia dokładnego, jak długo zwłoki w ziemi, w wodzie lub przy dostępie powietrza leżały. (Osobna odbitka *Viertelj. f. ger. Medicin*, N. F. 52, 2). *Dr. Wachholz.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Z Anglii dochodzą wiadomości o spostrzeżeniach nad działaniem środka Kocha bardzo skąpo. Przyczyną tego jest, że rząd angielski nie postarał się urzędowo o to, aby przyjść w posiadanie limfy. Owszem, jak długo środek Kocha był środkiem tajnym, rząd stawiał przeszkody doświadczaniu go. I tak n. p. zarząd szpitala dla dotkniętych gruźlicą płuc, pozwolił dopiero wykonywać szczepienia limfy po otrzymaniu listu od Kocha. Dopiero po drugiem ogłoszeniu Kocha przedsięwzięto doświadczenia w innych szpitalach.

Z przypadków leczonych w Childrenshospital w Londynie zasługuje na uwagę jeden, tyczący się dziecka 11-letniego, u którego z powodu gruźlicy otrzewny wykonano w maju r. z. laparotomiję, a po wstrzykiwaniach limfy Kocha wystąpiła reakcyja w bliźnie pooperacyjnéj i bolesność w brzuchu.

G u t h r i e i L e i g h opisują spostrzeżenia przypadków przeważnie chirurgicznych, w których mogli skonstatować polepszenie. Głównie gruczoły limfatyczne obrzękłe pod wpływem środka Kocha się zmniejszały. (*Brit. med. Journ.*, 3 stycznia).

Sławny syfilidolog londyński Hutchinson wyraża się o środku Kocha niekorzystnie, gdyż dotąd nie widział ani jednego przypadka liszaja żrącego, w którymby pod wpływem leczenia metodą Kocha nastąpiło wyleczenie. Pierwszy chory z Anglii, którego w Berlinie leczono i którego tamże uważano za wyleczonego, znajduje się obecnie w takim samym stanie, w jakim się znajdował przed rozpoczęciem leczenia. Może środek Kocha — sądzi H. — w połączeniu z innemi dotąd znanemi sposobami leczniczemi da trwalsze rezultaty. (*Tamże*).

J a c o b i: B a d a n i a h i s t o l o g i c z n e n a d d z i a ł a n i e m ś r o d k a K o c h a w l i s z a j u, wykonane przez autora w jednym przypadku doprowadziło go do wniosku, że pod wpływem injekcyi powstaje silne zapalenie, które już w 8 godzin po wstrzyknięciu objawia się rozszerzeniem naczyń i rozpoczynającym się naciekiem komórkowym. Naciek ten po 26 godzinach jest już bardzo znaczny i wchodzi także w przyskórek. Po trzech dniach objawy zapalenia ustępowały, a w środku każdego guzka znajdowało się miejsce, które robiło wrażenie świeżéj nekrozy. Ropienia, które opisuje Kromayer autor nie spostrzegł. (*Centralblatt f. allg. Path.*, II. 2).

Nr. 7 *Deut. medizinische Wochenschrift* przynosi dodatek prof. Rindfleischa do ogłoszonego przez niego artykułu w Nrze 6. tegoż pisma. W dodatku tym stawia R. pytanie, czy za pomocą znacznie mniejszych dawek nie osiągniętoby lepszych niż dotąd rezultatów. Istnieją przypadki dobrowolnego wyleczenia gruźlicy, w których zmiany anatomiczne są podobne do zmian wywołanych działaniem limfy Kocha. Wystarczyłoby przeto może dodać słabego bodźca, aby sprowadzić powolne wyleczenie. Może silna reakcyja z gorączką i objawami zapalnemi jest dla sprawy leczenia zupełnie niepotrzebną.

W y n i k i b a d a ń h i s t o l o g i c z n y c h K r o m a y e r a są następujące: limfa Kocha działa energicznie t y l k o n a g r u z e ł k i na obwodzie u n a c z y n i o n e. Dlatego nie wywiera ona wpływu na bardzo stare lub świeże gruzełki, które nie są unaczynione. Działanie lecznicze polega na obwodowem zapaleniu, dążącem do zabliźnienia i jest podobne do naturalnego wyleczenia gruźlicy. Przez wytworzenie się blizny dalsze działanie limfy Kocha jest ograniczone. Z tego powodu sprawa leczenia gruzełków unaczynionych zostaje wprawdzie rozpoczętą, jednakże, o ile badania dotychczasowe wykazały, nie zostaje doprowadzoną do ukończenia. (*Deut. med. Woch.*, Nr. 8).

Biedert widzi w działaniu kumulatywnem wstrzykiwań wielkie niebezpieczeństwo, a zadaniem leczenia powinno być unikanie tego działania kumulatywnego i wywoływanie tylko miernéj reakcyi. Zdaniem autora należy się starać nie o doprowadzenie do nekrozy i reakcyi gorączkowéj, lecz o reakcyjne zadrażnienie sąsiedniéj tkanki. Za pomocą małych dawek, które na stan chorego mało wpływają i nigdy nie stają się niebezpiecznemi, osiągnął wyniki bardzo pomyślne. W końcu podaje B. schema dla zastosowania środka Kocha w gruźlicy płuc, którego należy się trzymać, ażeby uniknąć niebezpieczeństw. (*Berl. klin. Woch.*, N. 8). *Dr. Beck.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie roczne za rok 1890 r. z działalności Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego

w dniu 20 stycznia 1891 odczytane na posiedzeniu administracyjnem.

W roku 1890 zawiązało się z inicyjatywy Prof. Dra A. Marsa w Krakowie Towarzystwo ginekologiczne z własnym statutem, potwierdzonym przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie, mające na celu przykładać się do postępu ginekologii w kierunku praktycznym i obznajmiać zagranicę z polskiem piśmiennictwem ginekologicznem.

Dzisiaj, gdy właśnie minął rok od założenia tegoż Towarzystwa, pozwolę sobie przedstawić Szanownym Kolegom sprawozdanie z całorocznéj, niejako probierczéj, działalności Towarzystwa, aby tym sposobem można było ocenić, czy były u nas rzeczywiste potrzeby założenia tego Towarzystwa, czy takowe rozwija się odpowiednio do zakreślonego zadania i czy nie należy przeprowadzić pewnych zmian i reform. Że Towarzystwa ginekologiczne mają w ogólności racyją bytu, świadczy nietylko ta okoliczność, że podobne Towarzystwa istnieją w innych krajach i rozwijają się ku wielkiemu pożytkowi nauki, albo że i u nas z chwilą założenia przystąpili do Towarzystwa nietylko koledzy zamieszkali w Krakowie, a zajmujący się ginekologiją, jako członkowie czynni według wymagań § 5 statutu, ale i koledzy z poza Krakowa, oddający się albo wyłącznie ginekologii albo więcéj niż innym działom medycyny, jako członkowie korespondenci według § 6 statutu.

Wiedza lekarska dzięki niezmordowanéj pracy licznych pracowników rozwija się tak szybko, że specyjalne studyja nad wszystkiemi działami medycyny są dla pojedynczych osób rzeczą nieuchwytną; dlatego nauka lekarska musiała się rozpaść na cały szereg studyjów specyjalnych. Podobnie ma się rzecz i z Towarzystwami naukowemi, zajmującemi się wiedzą lekarską.

Towarzystwo lekarskie założone dla całego ogółu lekarzy traktuje na swych posiedzeniach wszystkie działy medycyny, o ile rozprawy nie przekraczają granic subtelnéj drobnostkowości; Towarzystwa zaś inne jak Towarzystwo chirurgów, okulistów, psychijatrów, ginekologów i t. p. zajmować się zwykły nietylko sprawami swéj specyjalności w ogóle, ale i szczegółowo. Dlatego też można przyznać, że wobec tak szybkiego rozwoju nauk usprawiedliwione są obok Towarzystwa lekarskiego i inne Towarzystwa, jak ginekologiczne.

Wprawdzie może nam ktoś zrobić zarzut, i po części słuszny, że sprawy położnicze stanowią od innych działów medycyny ten wyjątek, że powinny być sprawy położnictwa zarówno rozbierane w Towarzystwie lekarskiem jak i ginekologicznem, wszak każdy lekarz musi znać położnictwo nietylko w zarysach ogólnych, ale i szczegółowych, wszak nieraz musi działać przy łóżku rodzącéj jako lekarz-położnik; to przecież da się usprawiedliwić istnienie Towarzystwa ginekologicznego obok Towarzystwa lekarskiego, jeżeli uwzględnimy, że Towarzystwo ginekologiczne nie występuje jako Towarzystwo konkurencyjne z Towarzystwem lekarskiem i ma się zajmować specyjanie położnictwem i ginekologiją w najdrobniejszych szczegółach, które mogą nużyć lekarza praktycznego, a żywo zajmować ginekologa.

O ile spełnia Towarzystwo zakreślony sobie powyżéj cel, to niechaj Szan. Koledzy zechcą ocenić z czynności całorocznéj tegoż Towarzystwa.

W ciągu roku odbyło się 16 posiedzień, z tych 12 zwyczajnych naukowych, a 4 nadzwyczajnych administracyjnych. Posiedzenia odbywały się każdego wtorku po pierwszym w pracowni Prof. Dra A. Marsa (ulica Grodzka) pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa Prof. Dra M. Madurowicza lub zastępcy tegoż Prof. Dra H. Jordana. Na posiedzeniach naukowych wygłosili odczyty:

Kol. Mars: przypadek wynicowania pęcherza moczowego powikłany porodem.

Kol. Braun: przypadek laparotomii z powodu dobrowolnego pęknięcia macicy.

Kol. Cercha: o mięsieniu w ogólności, a zastosowaniu tegoż w wypocinach zapalnych okolomacicznych w szczególności.

Kol. Kohn: o zastosowaniu ichtyolu w ginekologii.

Odczyty powyższe były ogłoszone w „Przeglądzie Lekar.“. Przedstawili chorych:

Kol. Kohn: 1) przypadek dwupłciowości wrzekoméj; 2) przypadek włókniaka tylnéj ściany szyjki maciczněj; 3) przypadek rozsianych włókniaków otrzewny.

Kol. Cercha: trzy przypadki, w których stosowano mięsienia, a mianowicie: 1) przypadek wypociny zapalnéj około macicy wypadniętéj; 2) przypadek wypociny zapalnéj około macicy zarośniętéj w połogu; 3) przypadek wypociny zapalnéj około włókniaka macicy podotrzewnowego.

Pokazywali preparaty anatomiczne i przyrządy:

Kol. Braun: 1) przypadek macicy pękniętéj zaszytéj przez laparatomiję; 2) preparat macicy pękniętéj dobrowolnie.

Kol. Cercha: 1) mięsakowłókniak macicy.

Kol. Kohn: 1) błonę doczesną miesiączkową.

Kol. Mars: 1) przekrój kobiety zmarłéj podczas porodu z powodu pęknięcia macicy; 2) preparat ciąży zamaciczněj trąbkowéj; 3) preparat macicy w 3 miesiącu ciąży dotknięty rakiem szyjki; 4) preparat macicy dotknięty gruczolakiem niszczącym wyłuszczonym przez pochwę; 5) jajo płodowe w 3. tygodniu; 6) jajo płodowe 3 miesięczne; 7) płód pergaminowy z ciąży bliźniaczéj; 8) pod mikroskopem wszystkie rodzaje *endometritis;* 9) pasorzyt pochwowy (*leptotrix vaginalis*); 10) przyrząd Skatscha przez siebie zmodyfikowany, używany do gotowania narzędzi.

Kol. Przewodniczący: preparat dwugłowca.

Kol. Obaliński: 2 macice rakiem szyjki dotknięte, wyłuszczone podotrzewnowo; 2) preparat ciąży zamaciczněj; 3) raka sieci kolosalnych rozmiarów.

Kol. Rydygier: 1) *Hydrocele congenita feminina.* Dla udzielenia kolegom bliższych wiadomości z odczytów i toku rozpraw, wydaje Towarzystwo „Pamiętnik“, który wraz ze statutem będzie doręczony w swoim czasie wszystkim członkom Towarzystwa bezpłatnie.

Na posiedzeniach administracyjnych załatwiono: 1) kwestyję statutu; 2) kwestyję „Pamiętnika“; 3) kwestyę referatów do sekcyi ginekologicznéj VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w Krakowie w lipcu b. r. Według sprawozdania kolegi sekretarza administracyjnego i podskarbiego liczy Towarzystwo 31 członków, z tych 15 czynnych, a 16 członków korespondentów. *Dr. Stan. Braun,*

sekretarz naukowy Towarzystwa.

Sprawozdanie sekcyi stryjskiéj.

Posiedzenie w dniu 3 lutego 1891.

Członków obecnych 6.

1) Dr. Serkowski podał 4 przypadki z własnéj praktyki leczenia róży, jakoteż zapalenia tkanki podskórnéj, wywołanego jadem trupim za pomocą wyskoku bezwodnego. (Będzie umieszczone w „Przegl. Lek.“).

2) Dr. Adolf Goldhaber z Żydaczowa wniósł, aby ze względu na nędzne, niekiedy nawet godności lekarskiéj sprzeciwiające się wynagrodzenia lekarzy sądowych, jakoteż ze względu na nieodpowiednie wysełanie lekarzy sądowych wraz z sądowemi członkami komisyi razem 5 osób na jednéj podwodzie na komisyje sądowe, wezwać walne zgromadzenie naszego towarzystwa, aby jeszcze raz tą sprawą się zajęło i Radzie zawiadowczéj poleciło zrobić odpowiednie przedstawienie do Ministerstwa sprawiedliwości i do Rady Państwa na ręce jednego z posłów naszych.

Na przedstawienie podpisanego, że tą sprawą zajmuje się związek austryjackich towarzystw lekarskich i że niemal corocznie wnioski takie już przez różne sekcyje naszego towarzystwa jużto przez inne towarzystwa lekarskie bezskutecznie przedkładane bywają, obstaje Dr. Goldhaber przy swoim wniosku, twierdząc, że trzeba ciągle tę sprawę poruszać aż do skutku. Poruczono więc delegatowi poruszenie téj sprawy na walnem zgromadzeniu.

3) Kolegę Dra Lucyjana Jacobiego ze Stryja przyjęto do grona członków.

4) Delegatem na walne zgromadzenie wybrano kol. Goldhabera, zastępcą delegata (na wypadek niemożności jazdy pierwszego do Lwowa), tudzież przewodniczącym sekcyi nadal podpisanego. *Dr. Serkowski.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 85.102/1890.

Okólnik c. k. Namiestnictwa

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów król. stoł. miast Lwowa i Krakowa.

Z przedkładanych w myśl okólników z d. 25 marca 1866 L. 2.764 pr. i z d. 18 listopada 1871 L. 35.868 doniesień o udzielaniu pozwoleń na przewóz zwłok przekonało się c. k. Namiestnictwo, że Władze I. instancyi przy wydawaniu wspomnianych upoważnień nie zawsze przestrzegają tak istotnych, jak i formalnych warunków, ustanowionych rozporządzeniem ministeryjalnem z dnia 3 maja 1874 r. Dz. u. p. Nr. 56 oraz innemi w związku z niem zostającemi przepisami.

Pominąwszy, że co do zewnętrznéj formy paszporty na przewóz zwłok nie odpowiadają wzorowi przepisanemu w rozporządzeniu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 6 maja 1856 L. 8.690 (okólnik Namiestnictwa z d. 25 maja 1856 roku L. 18.771) nie są w nich najczęściéj powołane właściwe przepisy, które w danym wypadku służą za podstawę pozwolenia; nie jest wymieniona dokładnie droga i określony sposób przewiezienia (koleją, kołami), brakuje wyszczególnienia warunków opakowania zwłok względnie trumien itp.

Nader często nie bywa też przed wystawieniem paszportu przestrzegany proceder uzasadniony w obowiązujących przepisach (ustęp 2 rozp. min. Nr. 56 ex 1874 Dz. p. p.), wedle którego pozwolenie na wydobycie, względnie przewiezienie zwłok zależnem jest w każdym wypadku od opinii lekarza urzędowego, a udzielone być może pod warunkiem dopełnienia wymogów wskazanych przez ów organ fachowy ze względów sanitarno-policyjnych, w razie zaś sprzeciwienia się lekarza, zezwolenia tego bezwzględnie odmówić należy.

Przypominając Panu c. k. Staroście przestrzeganie tego przepisu, uważa c. k. Namiestnictwo po zasięgnięciu opinii c. k. krajowéj Rady zdrowia w interesie zdrowia publicznego za potrzebne zaprowadzić i zalecić do ścisłego zastosowania następujące ograniczenia przy udzielaniu pozwoleń na przewóz zwłok osób zmarłych wskutek chorób zakaźnych:

Przewożenie zwłok osób zmarłych w przebiegu ospy, szkarlatyny, tyfusu plamistego, dyfteryi, cholery, żółtéj febry i dżumy do innego niż przynależnego miejsca grzebania, może być dozwolone dopiero po upływie co najmniéj jednego roku od dnia śmierci, z zastrzeżeniem, iż wszelkie zresztą przepisy o zachowaniu ostrożności przy ekshumacyi i przewozie zwłok, najściśléj będą wykonane.

Przewóz zwłok osób zmarłych w przebiegu innych chorób zakaźnych może być dozwolony, o ile lekarz urzędowy nie dostrzeże jakiéj przeszkody, pod warunkiem, że zwłoki będą zawinięte w prześcieradło obficie zmoczone w rozczynie 5% kwasu karbolowego, a wszelkie inne wymogi co do transportu zwłok dokładnie zachowane.

Prośby o pozwolenie na przewóz zwłok, należy tedy załatwiać merytorycznie dopiero po otrzymaniu pisemnéj opinii fachowéj właściwego lekarza urzędowego (c. k. lekarza powiatowego lub asystenta sanitarnego, fizyka miejskiego), wydanéj z zastósowaniem powyższych wskazówek.

Celem zaprowadzenia jednolitości w paszportach dołącza się wzór, wedle którego od 1 maja 1891 począwszy wydawane być mają wszelkie paszporty na przewóz zwłok, a w szczególności zaznacza się, że w paszporcie zawsze należy wyrazić dokładnie, iż zwłoki po przybyciu na miejsce przeznaczenia muszą być przewiezione bezpośrednio na cmentarz miejscowy i tam pochowane, a unikać wyrażenia o złożeniu w grobach rodzinnych, coby mogło w danym razie dać powód do wzbronionego w myśl obowiązujących norm pogrzebania zmarłego poza obrębem cmentarza.

Do przepisanego doniesienia Namiestnictwu o wydaniu pozwolenia, niemniéj do zawiadomienia właściwéj władzy politycznéj, daléj zwierzchności gminnéj miejsca przeznaczenia, a w miarę potrzeby, także zwierzchności gminnéj miejscowości, z któréj zwłoki mają być wywiezione, posłużą odpisy paszportu.

Wreszcie nadmienia się, że w razie wniesienia prośby o pozwolenie do przewiezienia zwłok do miejscowości położonéj poza granicami Monarchii, należy żądać od strony wykazania się, iż kompetentne władze interesowanego obcego Państwa nie są przeciwne wprowadzeniu zwłok w swoje terytoryjum, zresztą zaś o ileby i istniały w tym względzie osobne układy, jak z państwem niemieckiem umowa ogłoszona rozporządzeniem ministeryjalnem z d. 28 marca 1890 Dz. u. p. Nr. 46, stósować się do postanowień tychże.

Lwów, dnia 3 lutego 1891 r. *Badeni.*

Do L. Nr. 85.102/1890.

Wzór

Paszport na przewóz zwłok.

Z mocy przyznanego reskryptem Wys. c. k. Ministerstwa Stanu z d. 18 marca 1866 roku L. 1452 Władzom politycznym I. instancyi upoważnienia, a w zastósowaniu rozporządzenia ministeryjalnego z d. 3 maja 1874 Dz. u. p. Nr. 56 (przy przewozie kolejami żelaznemi i rozp. minist. z d. 20 kwietnia 1889 Dz. u. p. Nr. 51), zezwala c. k. Starostwo (Magistrat własnym statutem rządzącego się król. stoł. miasta . . . .) zgodnie z opinią (lekarza powiatowego, fizyka miejskiego) na przewiezienie zwłok N. N. (wiek, zatrudnienie) zmarłego (éj) dnia . . . . wskutek (nazwa choroby), z N. (miejsce śmierci, ekshumowania) kołami do N., stamtąd koleją żelazną do N., daléj kołami do miejsca przeznaczenia w N., gdzie zwłoki przewiezione być muszą bezpośrednio na cmentarz miejscowy i na nim pochowane.

Zwłoki umieszczone być mają (tu wymienić należy szczegółowo liczbę i rodzaj trumien, sposób ułożenia zwłok, opakowania trumien itd. wreszcie wyszczególnić specyjalnie w każdym wypadku przez lekarza urzędowego wskazane warunki).

Zwłokom towarzyszy N. N., któremu za okazaniem niniejszego paszportu zechcą właściwe Władze użyczać potrzebnéj pomocy urzędowéj.

Paszport ten ważny jest na (wymienić przeciąg czasu, niedłuższy niż jednomiesięczny) od dnia wystawienia (data, pieczęć urzędowa i podpis).

Klauzula lekarza urzędowego (ewentualnie delegowanego prywatnego) stwierdzająca dopełnienie wszystkich wskazanych w paszporcie wymogów co do opakowania zwłok z datą i podpisem urzędowym.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 marca. VI. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich. W sekcyi chirurgicznéj zgłosili odczyty:

1) prof. Obaliński (z Krakowa): Przyczynek do rozróżniań guzów jamy brzusznéj.

2) Trzebicky (z Krakowa): O stosunkach anatomo-chirurgicznych odbytnicy.

3) Rydygier (z Krakowa): O „*ektopia vesicae*“.

* Wyszedł i został nadesłany do redakcyi przedostatni tom znakomitego wydawnictwa: „*Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-Generals Office, m. XI: Phar—Reg*“, zawierający 9.539 autorów, 52.342 tytułów dzieł i artykułów.

* Pruski minister oświaty w okólniku, dotyczącym przeważnie spraw hygijeny szkolnéj, zarządza między innemi, ażeby w szkołach profesorowie i uczniowie spluwali tylko do osobnych spluwaczek, które w każdej klasie powinny być w dostatecznéj ilości i w odpowiednim stanie. Kurz w lokalach szkolnych ma być usuwany nie inaczej, jak za pomocą wilgotnych obcierań. Uczniom cierpiącym na choroby piersiowe poleca minister udzielanie długich urlopów dla odbycia kuracyi. (*Allg. u. Centrztg*, Nr. z 25/II).

* Leczenie 2 małp suchotniczych limfą Kocha przyspieszyło tylko ich śmierć. Dr. Cérémonie w Pa-

ryżu przedstawił ich płuca ze zmianami wywołanemi tem leczeniem t. j. przekrwieniem w otoczeniu gruzełków i gruźliczych części. (*Now. Lekarskie* Nr. 3).

* „Wracz" petersburgski podaje, że podług nowych przepisów ministerstwa wojny w Rossyi lekarze wojskowi interniści nie będą na przyszłość odkomenderowywani do Akademii medycznéj w celu uzupełnienia wiedzy lekarskiéj, lecz będą przeznaczani do szpitali okręgowych. Do Akademii zaś medycznéj mają być przydzielani tylko chirurdzy z obowiązaniem zajmowania się chirurgiją nie zaś składaniem egzaminów doktorskich.

* Angielskie kobiety-lekarze zakładają w Londynie własną biblijotękę lekarską i upraszają kolegów o nadsyłanie dzieł, broszur i dzienników. Osobna biblijoteka dla kobiet w Anglii jest konieczną dlatego, że lekarki w Anglii nie mogą być członkami Towarzystw lekarskich i wskutek tego nie mogą korzystać z ich biblijotek. (*The British medical Journal*. 27 lut.)

* W Shapsburgu i Etnie (Stany Zjednoczone) lekarze utworzyli związek w celu zmuszania pacyjentów do płacenia honoraryjum, za udzielenie pomocy lekarskiéj. Wezwania do płacenia wystosowuje komitet stowarzyszenia. (*The medical News* Nr. 7).

* **Mianowania.** Dr. A. Rosthorn habilitował się jako docent ginekologii i akuszerstwa w Wiedniu. — Dr. C. Laufenauer został mianowany zwyczajnym prof. psychijatryi w Budapeszcie.

* **Zmarli**: Jendrassik, prof. fizyjologii i anatomii w Budapeszcie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gaz. Lek.* Nr. 8: Barącza: Tracheocele mediana; Kohna: Przyczynek do nauki o umiejscow. zboczeń mowy. — W *Medycynie* Nr. 9: Dobrzyckiego: Sławuta w r. 1890; Goldflama: Przypadek poliencephalitis (dok.). — W *Kron. Lek.* Nr. 2: Goldflama: O niezwykłéj postaci peryod. rodzinnego porażenia; Hewelkego: Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc; Sierpińskiego: Nowy przyczynek do zaraźliwości zap. płuc włóknikowego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 9: Wizla: Z dziedziny histeryi; Janowskiego: O zmianach anat. w pęcherzyku żółciowym (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18 b. m. o godzinie 6-téj wieczorem zwyczajne posiedzenie w *Collegium physicum* (ul. św. Anny, lectorium I., sala wykładowa prof. Łazarskiego). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Rydygier: Wyłuszczenie nerki z powodu raka tejże (z demonstracyją); 2) kol. prof. Browicz: Demonstracyja ciekawszych okazów anatomo-patologicznych; 3) kol. Opieński: O przyczynach wywołujących zmianę konsystencyi moczu (z demonstracyjami).

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 21 Marca 1891. Nr. 12.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rs.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O jadzie i o komórkach nowotworów złośliwych (raków).

Doniesienie trzecie.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

1. Jad rakowy, tworzący się w istocie rakowéj, przezemnie wykazany i co do swych własności fizyjologicznych w krótkości opisany, działa drogą krwionośną o wiele energiczniéj, niż przez naczynia limfatyczne. Dawka, która do krwi wprowadzona zabija zwierzę natychmiast, wprowadzona przez naczynia limfatyczne działa zabójczo dopiero po kilku dniach. W każdym razie występują przed śmiercią porażenia, podczas gdy objawów podrażnienia w tym przypadku albo wcale niema, lub też słabo są tylko zaznaczone.

Porażenia są atypowe i odnoszą się przedewszystkiem do nerwów kończyn i do nerwów błędnych.

Do objawów zadrażnienia należy *nystagmus*.

2. Jeżeli przeszczepimy kawałeczki świeżych nowotworów rakowych zwierzętom, to często można wykazać, że już w krótkim przeciągu czasu komórki rakowe w kawałeczkach przeszczepionych, znikają jużto w większéj, jużto w mniejszéj ilości, niekiedy nawet w całych grupach.

Najlepiéj widzimy to w rakach, posiadających budowę jamistą, alveolarną.

R ó w n o c z e ś n i e j e d n a k w y s t ę p u j ą w n a r z ą d z i e z a s z c z e p i o n y m n i e t y l k o w p o b l i ż u m i e j s c a z a s z c z e p i e n i a, a l e i w r o z m a i t y c h o d l e g ł o ś c i a c h o d n i c h, n i e k i e d y b a r d z o z n a c z n y c h, o g n i s k a.

Miejsca te już gołem okiem spostrzegać się dają, a pod drobnowidem występują w postaci nacieków ogniskowych, które w samym środku ulegają rozpadowi, a obwodowo okazują wybitną dążność do prędkiego szerzenia się odśrodkowego.

Ogniska te występują przeważnie w większych i wolnych przestworach międzytkaninowych, ale ich znaleść można także i w saméj istocie tkanki.

Jeśli przy tych samych warunkach zaszczepimy zwierzęciu przybłonki zdrowe, to widzimy, że te komórki przybłonkowe miejsca, które w przeszczepionéj tkance zajmują, nie opuszczają. A w narządzie zaszczepionym nigdzie przerzutów wykazać nie można.

Komórki rakowe nadto różnią się bardzo pod względem bogactwa postaci, sposobu rozmnażania, ułożenia się i pod względem ostatecznego losu, co dokładnie w pracy szczegółowéj określę, od komórek przybłonkowych, za które są powszechnie uważane, z czego wynika, ż e k o m ó r k i r a k o w e n i e m a j ą d u ż o w s p ó l n e g o n i e t y l k o z e l e m e n t a m i p r z y b ł o n k o w e m i, z któremi je teoryja C o n h e i m a w rozwojowy sprowadza związek, ale nawet z elementami normalnych komórek w ogólności, ż e w i ę c s ą t w o r a m i w ł a ś c i w e g o r o d z a j u, m a j ą c e m i o d r ę b n e z n a c z e n i e p a t o l o g i c z n e.

II. Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżączce męskich narządów płciowych i na jej stosunek do impotencyi i niepłodności u mężczyzn.

Napisał

Dr. Ernest Finger.
docent dermatologii i syfilidologii w uniwersytecie wiedeńskim.

(Dok. Patrz Nr. 11).

Temu obrazowi anatomicznemu odpowiadają także zupełnie typowe objawy kliniczne. Pominąwszy inne, nas tutaj nie obchodzące przypady, należą tu zaburzenia w sferze płciowéj, które początkowo mają cechę podniecenia, późniéj charakter przygnębienia. Chorzy dotknięci tą postacią przewlekłéj rzeżączki mają z początku zwiększony popęd płciowy, są w stanie spółkować często, ze spotęgowanem uczu-

ciem lubieżności, cierpią atoli obok tego na częste, 2—3 razy na tydzień, ba nawet każdą noc się powtarzające pomazania. Podczas gdy ilość tych pomazań pozostaje stałą, a nawet się wzmaga, to zdolność płciowa powoli się zmniejsza. Występują objawy „pobudliwego osłabienia“, niedostateczne naprężenia, przedwczesne wydzielanie nasienia. Uczucie lubieżności słabnie. Postać ta wreszcie przechodzi powoli w porażenne niedołęztwo męskie (*impotentia paralytica*).

Zwykle też stale występują dwa inne objawy. Naprzód nasieniotok, częściéj jako nasieniotok przy oddawaniu kału aniżeli moczowy, daléj stereczotok *(prostatorrhoë)*. Nad tą ostatnią musimy się jeszcze nieco zastanowić. Już Duoy, a w najnownych czasach Fürbringer znowu zwrócił uwagę na okoliczność. że w nasieniotoku, gdzie izolowana treść pęcherzyków nasiennych wypróżnia się bez przymieszki wydzieliny gruczołu krokowego, plemniki wtedy po największéj części są pozbawione ruchu. Burckhart i ja mogliśmy tę okoliczność potwierdzić. Fürbringer przychodzi na podstawie dalszych spostrzeżeń do arcyprawdopodobnego przypuszczenia, że prawidłowa wydzielina gruczołu krokowego zdolna jest obudzić w plemnikach, chociaż się one w drogach nasiennych nie poruszają, drzemiące życie i ruch w nich wywołać. Lecz właśnie u chorych dotkniętych tą postacią przewlekłéj rzeżączki wydzielina gruczołu krokowego nie jest wcale prawidłową. Pochodzi ona bowiem z gruczołu nieżytem dotkniętego. Fakt ten można zawsze udowodnić pod mikroskopem przez mniéj lub więcéj znaczną ilość ciałek ropnych, znajdujących się w wydzielinie grucz. krokowego. Również oddziaływa inaczéj wydzielina ta, pochodząca z chorego grucz. krokowego w przeciwieństwie do wyraźnie kwaśnego oddziaływania wydzieliny prawidłowéj, oddziaływanie jéj w tych przypadkach jest słabo kwaśne, a nierzadko nawet obojętne (Burckhart). Czy tak zmieniona wydzielina gruczołu krokowego jest jeszcze w stanie zadziałać na plemniki ożywiająco? Sądzę, że nie, a opieram się przytem na kilku własnych spostrzeżeniach, w których nie tylko produkt przy nasieniotoku, ale także produkt pomazania nocnego zawierał martwe plemniki *(necrospermia)*. Widzimy przeto, że właśnie ta postać przewlekłéj rzeżączki stoi w różnorodnym genetycznym związku z impotencyją i niepłodnością. Raz, że wywiera wpływ na rozmaite postacie i stopnie *impotentiae coëundi*, to znowu przez przemianę wydzieliny krokowéj może, jak się zdaje, wywołać nekrospermiję, i co za tem idzie, niepłodność; tak samo liczne wypróżnienia pęcherzyków nasiennych przez nasieniotok i pomazania nocne, jak mogą wprawdzie powiększyć wydzielinę nasienia, tak znowu razem z tem będą w stanie w podobny sposób wywołać oligospermiję i azoospermiję — obserwacyja nierzadka po długotrwałych wybrykach *in coitu*. *Potentia coëundi* i *generandi* mogą zatem w téj postaci przewlekłéj rzeżączki równie mocno ucierpieć, a jeżeli Fürbringer podaje, że z 200 przypadków impotencyi w 51% udowodnił rzeżączkę jako jedyną albo konkurującą przyczynę, to nie waham się wcale większą przynajmniéj część jego przypadków do téj zaliczyć postaci. Najlepszy zresztą dowód genetycznego związku rzeżączki z zaburzeniami płciowemi daje nam leczenie. W większéj połowie przypadków, jeśli tylko nie postąpiły zbyt daleko, leczenie przeciwrzeżączkowe wystarcza również do znacznego polepszenia zaburzeń płciowych.

Z pośród powikłań rzeżączki należy tu najpierw wymienić zapalenie ciałka jamistego (*cavernitis*). Ostry okres z erekcyjami, ze skrzywieniem prącia wytwarza przejściową niezdolność spółkowania. Do tegoż samego trwałego wyniku, do trwałéj niezdolności spółkowania mogą także doprowadzić okresy końcowe ostrego zapalenia ciałka jamistego (*cavernitis anter.*) stwardnienie albo zropienie, a mianowicie wtedy, jeżeli stwardnienie albo blizna sprowadzi zamknięcie *corporis cavernosi* a przez to samo skrzywienie prącia przy erekcyi. Jeżeli ropnie ciałka jamistego w *angulus penoscrotalis* albo na międzykroczu doprowadzą do przebicia na zewnątrz i wewnątrz, zatem do wytworzenia się przetoki, to może przy ejakulacyjach nasienie wychodzić przez przetokę, a tem samem może przyjść do pewnego rodzaju *aspermatismus*. Takie same zboczenia może wywołać także ostre zapalenie gruczołów Coopera.

Ostre miąższowe zapalenie grucz. krokowego, jeżeli dojdzie do okresu wessania, nie naruszy trwale zdolności płciowéj. Gorszemi już są te przypadki, w których stwardnienie grucz. krokowego (*induratio prostatae*) pozostaje trwałe. Wtedy bowiem pozostaje najczęściéj nieżyt gruczołów krokowych, stereczotok (*prostatorrhoë*). O znaczeniu zaś jéj dla zdolności zapładniania (*potentia generandi*) już wyżéj mieliśmy sposobność wspomnieć.

Znaczenie ropnego zapalenia grucz. krokowego (*prostatis acuta suppur.*) jest rozmaite względnie do siedliska, rozległości zropienia i przebicia się ropni. Otwarcie się wytworzonych ropni przez odbytnicę jest dla zdolności płciowéj po największéj części obojętnem Przy przebiciu się ropy do cewki moczowéj, należy się obawiać sąsiedztwa przewodów wytryskowych. Przez wciągnięcie takowych albo choćby jednego z nich w ognisko ropne, albo przez przebicie ropnia tuż obok ich ujścia do cewki, mogą przewody wytryskowe albo ich ujścia znaleźć się w obrębie tworzącéj się blizny, mogą się zagiąć, poszarpać, zamknąć, co wywoła przy jednostronnym przebiegu sprawy oligospermiję, przy obustronnym zaś *aspermatismus*.

Lżejszą ze względu na cały przebieg, ale dla zdolności spółkowania podobnego znaczenia jest zrazikowe zapal. gruczołu krokowego, częste powikłanie ostréj tylnéj rzeżączki Ta nie przedstawia żadnych objawów podmiotowych, przedmiotowo można ją stwierdzić li przy badaniu przez odbytnicę, przez wykazanie jednego albo kilku obrzęków wielkości grochu w jednym tylko lub też w obu płatach nie powiększonego zresztą gruczołu krokowego. Bez wątpienia rozchodzi się tutaj o okołogruczołowe, od pojedyńczych gruczołków prostaty wychodzące nacieki, których ostatecznem zakończeniem może być owrzodzenie i zabliźnienie. Atoli te małe, płaskie blizenki mogą też sprowadzać nawet zamknięcie przewodów wytryskujących. Tak pomiędzy 25 sekcyjami przewlekłéj rzeżączki znalazłem w 3-ch przypadkach takie płytkie blizny, które w 2-ch przypadkach znajdowały się po stronie prawéj i lewéj wzgórka nasiennego i sprowadziły zarośnięcie przewodów wytryskowych. W przypadku 3-im była blizna na samym wzgórku nasiennym, dzieląc go niejako na dwie połowy, a ztąd przechodziła ku stronie lewéj, zamykając lewy przewód wytryskowy. Związek takich blizn z oligospermiją i aspermetyzmem jest jasnym.

Zapalenie pęcherzyków nasiennych było dotąd tak w ogólności, jak i ze względu na kwestyję tu nas zajmującą przedmiotem nielicznych tylko badań. W przypadkach ostrych nie zawiera nasienie żadnych albo li martwe plemniki. W dwóch przypadkach przewlekłych, które

obserwowałem, a w których oba pęcherzyki nasienne były zgrubiałe, zawierało nasienie nieliczne martwe plemniki; również w dwóch przypadkach, które przy sekcyi miałem sposobność widzieć, a w których rozchodziło się o jednostronne zapal. pęcherzyków nasiennych za życia (*spermatocystitis*) na pozór wszelkich pozbawione przypadów, brak było zupełnie plemników w śluzowo- ropnéj treści chorego pęcherzyka nasiennego. Że przewlekłe zapal. pęcherzyków nasiennych w swych końcowych okresach (zanik) w jednostronnéj lokalizacyi wywoła oligospermiję, w obustronnéj zaś azoospermiję, jest jasnem zupełnie. Anatomicznych atoli badań brak dotąd na tem polu.

Zapalenie przyjądrza (*epididymitis*) najlepiéj jest zbadanem ze względu na naszą kwestyję. Główny interes zwraca się tutaj ku cierpieniu obustronnemu, przy jednostronnem bowiem zapaleniu druga strona zdrowa zawsze jeszcze dostarcza prawidłowego nasienia. W ostrych przypadkach zawiera nasienie obok zwykłych składników komórkowych nasienia także liczne ciałka ropne, przy jednostronnem zapaleniu plemniki prawidłowe. Przy obustronnem zapaleniu brakuje plemników po największéj części zaraz od 2-go albo 3-go dnia choroby. W miarę znikania objawów ostrych, zmniejsza się ropna przymieszka nasienia, nasienie przedstawia często płyn właściwy, jakby rozcieńczony, często też jeszcze przez wiele miesięcy brakuje w nim plemników. — Ważniejszemi, bo częstokroć trwałemi są zmiany wywołane przez tak często utrzymujące się przewlekłe nacieki i zgrubienia. Zgrubienia te, składające się ze stwardniałéj tkanki łącznéj, otaczają kanaliki przyjądrza i wytwarzają, jak to wykazał Gosselin swemi nastrzykiwaniami, jużto ucisk, już też li tylko zwężenie tychże przewodów. Jeżeli taki włóknisty guzek znajduje się w głowie przyjądrza, natenczas jest on względnie obojętnym, ponieważ przez część środkową i końcową (*corpus ac cauda*) jeszcze dosyć nasienia może się przesunąć. Jeżeli natomiast guzek znajduje się w części końcowéj, to wtedy stosunki są o wiele niekorzystniejsze, przeszkoda w przejściu nasienia znaczniejsza, ba może nawet zupełna.

Z a p a l. s z n u r k a n a s i e n n e g o (*Funiculitis*) nareszcie, towarzyszące nierzadko ostréj sprawie zapalnéj, może doprowadzić do zarośnięcia sznurka nasiennego, co naturalnie znosi w zupełności odpływ nasienia z jądra choréj strony,

Jeżeli li jedno przyjądrze jest chore, to zawsze jeszcze drugie wypełnia regularnie swą czynność, należałoby nawet oczekiwać odeń wydzielania zastępczego. To atoli nie we wszystkich przypadkach ma miejsce. Przynajmniéj Jullien twierdzi, że w niektórych przypadkach jednostronnego zapalenia przyjądrza, przy na pozór zupełnie prawidłowem drugiem jądrze i przyjądrzu, znalazł w okresie ostrym brak zupełny plemników, po zniknięciu zaś objawów zapalnych obserwował oligospermiję, trwającą częstokroć uderzająco długo. Zresztą nie należy zapominać, że wyraźna *epididymitis* jednostronna może się wikłać z zamknięciem przewodu wytryskowego, które przebiega bez wszelkich objawów przedmiotowych, albo też z tak samo przebiegającem zapaleniem pęcherzyka nasiennego drugiéj strony.

W 85 obserwowanych przypadkach, w których po obustronnem zapaleniu przyjądrza zgrubienie albo zamknięcie sznurka nasiennego ustąpiło, mogli Godard, Liegeois, Jullien li 9 razy stwierdzić powrót plemników, w reszcie (76) przypadków utrzymała się azoospermija. Na uwydatnienie zasługuje okoliczność, że to nasienie pozbawione plemników, jak to jasno wynika z badań Fürbringera nad składnikami nasienia, nie okazuje zboczenia od stanu prawidłowego ani co do ilości, ani zbitości, ani też co do woni.

Jednostronne zropienie jądra nie narusza czynności drugiego jądra. Obustronne zropienie wytwarza niezdolność zapładniania, lecz, jak o tem świadczy przypadek Björkena, zdolność spółkowania nie musi przytem wcale doznać uszczerbku.

To, cośmy wyżéj podali, dowodzi jasno, w jak różnorodny sposób może męska rzeżączka doprowadzić do impotencyi i niepłodności. Jest to zarazem dobrą ilustracyją tego co podaje Kehrer, który w 96 niepłodnych małżeństwach znalazł 29 razy azoospermiję, 11 razy oligospermiję u mężczyzn, w $^{2}/_{3}$ wszystkich przypadków mógł stwierdzić poprzedzającą rzeżączkę, która atoli nie doprowadziła we wszystkich przypadkach do zapalenia przyjądrza. Kehrer dochodzi przeto do wniosku, że jeszcze inne mechanizmy okrom zapalenia przyjądrza mogą doprowadzić do męskiéj niepłodności: wniosek, który usprawiedliwiają przytoczone spostrzeżenia. Rzeczą dalszych badań będzie wypełnić liczne braki, które w kwestyi téj jeszcze się spostrzega.

Wiedeń. — Luty 1891.

III. O gruźlicy tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek (we Lwowie).

(Dok. Patrz Nr. 11.)

W opisanym przypadku wystąpił naprzód naciek gruźliczy, skutkiem tego obrzmienie tęczówki, zmiana barwy, zamazanie utkania i tylne przyczepiny. W tym okresie nie można choroby rozpoznać. Wywiady wykazały, że sprawa może na tle kiły się rozwinęła. Wskazane tedy było leczenie szaruchą. H i r s c h b e r g (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1889 Nr. 24) przedstawił przypadek gruźlicy tęczówkowéj w towarzystwie lek. berlińskiem, w którym mógł wykluczyć kilaki, rozpoznał nowotwór powstały skutkiem dostania się do oka ustrojów drobnowidowych (*baccilläre Geschwulstform)*, a stosował wcierania *„sofort in Anbetracht der Schwere des Falles"*, gdyż rozpoznanie się opierało przecież tylko na wykluczeniu. W naszym przypadku rtęć widocznie stan oka poprawiła. Tłumaczę to wessaniem wypocin zapalnych, obniżeniem ucisku śródocznego. Wiadomo zresztą, że nawet w przypadkach gruźlicy opon mózgowych wcierania sprowadzają znaczne, choć przemijające polepszenie.

Drugi przypadek dotyczył chłopca lat 10 liczącego, który się zgłosił 20 października 1889. Pr. o: V 6/6. Jg. Nr. 1 na 10—45 ctm. Prawidłowe. L. o: Mierne nastrzykanie rzęskowe, wyraźniejsze od wewnątrz, rogówka przy brzegu wewnętrznym lekko zaciemniona. Ciecz wodna czysta, tęczowka nieco ciemniejsza, źrenica węższa. Po zapuszczeniu atropiny okazuje się jedna szeroka przyczepina od wewnątrz. Z wewnętrznego brzegu rzęskowego tęczówki wystaje wyniosłość białawo-żółta, podłużna, 3 mm. długa, 2 szeroka. Wewnętrzną częścią przylega do rogówki, a w tem właśnie miejscu rogówka najbardziéj zaciemniona. Dno oka wziernikiem widoczne. V 6/12. z + 3. Dpt. Jg. Nr. 4 na 23 ctm. Wywiady wzkazują, że chłopiec utracił ojca i matkę na suchoty. Jedynak, nigdy nie chorował, zbudowany dość dobrze, miernie odżywiony, blady. Badanie żadnych zboczeń w ustroju nie wykazuje. Śladów kiły nie ma. Rozpoznanie: prawdopodobnie *tuberculosis iridis*. Atropina i ciepłe okłady. W 10 dni nowotwór daleko większy, żółty, bez naczyń, złożony z małych zrazików, dotyka się tylnéj ściany rogówki, która do połowy się zaciemniła. Źrenica wąska, przyczepiny tylne. Palce liczy na 1 m. W trzy dni później wystąpiły

na zewnętrznéj, dotąd zdrowéj połowie tęczówki przy brzegu źrenicznym małe, szaro - żółte wyniosłości. Tylko poczucie światła, T + 1, połowicze bóle głowy. Rozpoznanie już nie ulegało wątpliwości. Opiekunom oświadczyłem, że sprawa jest gruźliczą, że oko jest stracone i grozi ustrojowi zakażeniem. Byłem za wyłuszczeniem oka. Rodzina postanowiła udać się do Wiednia. Żądają odemnie, aby tylko bóle uśmierzyć i umożebnić podróż choremu, który obecnie bardzo cierpi. Zgodzono się na „małe ukłócie“, a ja wykonałem sklerotomiję od dołu. Przy téj sposobności wyrwałem szczypczykami haczykowatemi nieco z tkaniny nowotworu. Przekonałem się, że nowotwór mocno był osadzony a wydobycie byłoby niemożebne jak H i r s c h b e r g i H o e n e doświadczyli. W naszym przypadku już z tego powodu iridektomija nie była wskazana, że trzeba było całą tęczówkę wyciąć, a więc częściéj operować, a wreszcie nie ulegało wątpliwości, że nowotwór gruźliczy z ciałkiem rzęskowem w ścisłem pozostaje połączeniu. Po operacyi bóle ustąpiły a ranka w 48 godzin była dobrze zlepiona. Zdecydowano się na wyjazd, założyłem opaskę organtynową. Tymczasem 16 dnia znowu mnie wezwano. Lekarz ordynujący podaje, że leczy chorego od dwóch tygodni i przy pierwszem widzeniu stwierdził gorączkę. Obecnie chory nieprzytomny, objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych najwyraźniejsze. Z ranki operacyjnéj rozdziawionéj wystaje nowotwór wielkości małéj fasoli. Od rogówki wydętéj daje się oddzielić, z twardówką zdaje się ściśle połączony rozrósłszy się pod spojówką. Rogówka w zewnętrznéj części także zaciemniona. Przy ogniskowem oświetleniu widać, że przodkowéj komórki niema, na tęczówce większa ilość najwyraźniejszych gruzełków do tylnéj ściany rogówki przyciśniętych. W tydzień późniéj dziecko zmarło. Wydobyte przy operacyi cząstki nowotworu podzieliłem na trzy części i wszczepiłem królikowi do obu oczu, drugiemu do jednego oka. W ciągu siedmiu tygodni rozwinął się we wszystkich trzech oczach charakterystyczny obraz gruźlicy tęczówkowéj, a w jednem także naciek w miejscu ranki rogówkowéj.

Rozpoznanie w tym przypadku opierało się na dziedzicznéj skłonności, na wykluczeniu kiły, na braku silniejszych objawów zadrażnienia, które cechuje początkową gruźlicę, jak poniżéj wykażę, a wreszcie wejrzenie nowotworu za tem przemawiało. Pewnem stało się rozpoznanie po wystąpieniu większéj ilości gruzełków na tęczówce obok pierwotnego nowotworu. Wątpię, aby w naszych przypadkach wyłuszczenie gałki ocznéj było zapobiegło jeszcze rozwojowi sprawy chorobowéj w oponach mózgowych.

Opierając się na mojem doświadczeniu i zbadawszy ogłoszone dotąd w literaturze okulistycznéj przypadki, sądzę, że anatomicznie można rozróżnić trzy rodzaje gruźlicy tęczówkowéj, z któremi się okulista spotkać może, badając chorego. Pierwszy rodzaj jestto naciek gruźliczy. Na tęczówce ciemniejszéj niż prawidłowa, przekrwionej, wykazującéj objawy zapalenia, jak tylne przyczepiny, zwężenie źrenicy, złogi barwika na torebce soczewkowéj, widać lekkie obrzmienie i zgrubienie pewnéj części tęczówki, która to obrzmiała część bywa co do zabarwienia jaśniejsza. Zgrubienie pochodzi od rozmieszczenia komórek gruźliczych w miąższu tęczówki; w żadnem zaś miejscu nie nagromadza się większa ilość komórek gruźliczych, któraby wytworzyła widoczny gruzełek. Pierwszy z opisanych przezemnie przypadków przedstawiał w czasie, w którym go objąłem w leczenie, obraz nacieku gruźliczego, późniéj pojawiły się gruzełki. Podobny naciek gruźliczy napotykamy także w naczyniówce. Badań anatomicznych dostarczył P o n c e t (*Gazette Médical* 1875. *Choroidite tuberculeuse*). H i r s c h b e r g nazywa ten rodzaj gruźliczego zajęcia naczyniówki *„die tuberculöse Entzündung der Aderhaut“* (*Centralbl. f. p. A.* 1884 p. 138). Naciek stanowi w tęczówce najczęściéj okres przejściowy. Rozpoznanie mogłoby się tylko opierać na wykluczeniu innych przyczyn zapalenia. Mimo to lekarz znać powinien ten rodzaj gruźliczego zapalenia, gdyż uwzględniając towarzyszące okoliczności, jak niżéj wykażemy, może rozpoznać przyrodę choroby. Podobnie jak w tęczówce, tak samo i w naczyniówce gruźliczego nacieku z wejrzenia wziernikiem rozpoznać nie można, jeżeli obok tegoż nie można gruzełków wykazać (W e c k e r, G r a e f e - S a e m i s c h IV, p. 645). Drugi rodzaj rozsiany (*tubercula dissemanita*) przedstawia najwyraźniéj zwykły obraz gruźlicy. Na tęczówce występuje większa ilość gruzełków odosobnionych, przeważnie przy brzegu źreniczym i rzęskowym rozmieszczonych. Posiadają barwę szarą z lekką przymieszką innéj barwy. Autorowie nazywają tę barwę białawą, biało żółtawą, szaroczerwoną, biało-siną; przy brzegu są przeświecające. Są półkuliste lub prawie kuliste, a wtedy wystają przed powierzchnię. Zawsze są dobrze odgraniczone i nieunaczynione. Trzeci rodzaj przedstawia większe, niejako zbiorowe gruzełki, powstałe z mniejszych (*conglobierter Tuberkel*). One wykazują skład płatowaty, od ciemniejszéj, bo przekrwionéj tęczówki dobrze odgraniczone, a na powierzchni są czasem mniejsze wyniosłości. Powierzchownie mogą być unaczynione, lecz najczęściéj naczyń nie posiadają. Barwy są żółtéj lub żółto-białéj. Dochodzą czasem do znacznéj objętości. Po przebiciu rogówki przedstawiają w mniejszym lub wyższym stopniu obraz rozpadu i bywają pokryte ropą, pochodzącą z otoczenia. Oprócz tych, rzekłbym typowych obrazów, są rodzaje mięszane. Obok większego gruzełka w odosobnieniu bywa większa ilość mniejszych. Na tęczówce, naprzód tylko gruźliczo nacieknéj, pojawia się większa ilość gruzełków. Budowa anatomiczna gruzełków jest powszechnie znana. Co się zaś tyczy prątków gruźliczych, to tu wspomnieć muszę, że we wielu przypadkach, w których budowa anatomiczna żadnéj nie pozostawiała wątpliwości co do przyrody gruźliczéj nowotworów, prątków wykazać nie było można. Dr. Hill G r i f f i t h na dziesięć dokładnie zbadanych przypadków tylko cztery razy mógł wykazać prątki gruźlicze (*Centralbl. f. p. A.* 1889, 389). Również z ujemnym wynikiem badali H i r s c h b e r g (*Tubercul. Geschwulst der Iris. Deutsch. med. Woch.* 1889, 23), H o e n e (*Księga jubileuszowa* 1884 p. 315) i inni. W gruzełkach tęczówki w ogóle tylko małą ilość prątków napotykamy, a czasem nawet w takich przypadkach, w których ze skutkiem przeszczepiono gruźlicę, prątków wykazać było niemożna (*Leidholdt Centralbl. f. p. A.* 1890 p. 277).

Kliniczny przebieg obrazu chorobowego cechuje przedewszystkiem w okresach początkowych bardzo mierne zadrażnienie i bezbolesność. Światłowstręt bywa mierny, powieki blade, oko lekko przymknięte. Już w opisie J a c o b s o n a (*Arch. f. Ophthal.* XIX. 1) ta okoliczność wpada w oko. Oko chore robi wrażenie, jakby kokainą zapuszczone, zmiany anatomiczne dość znaczne a zadrażnienie mierne. Prawie w każdym opisie wyczytać można, że zmiany anatomiczne, na pierwszy rzut oka widoczne, spodziewaćby się kazały cięższych objawów zadrażnienia. Choroba tedy przebiega jak lekkie i łagodne zapalenie tęczówki, obok którego pojawiają się rozsiane gruzełki albo większy nowotwór gruźliczy. Rogówka przytem najczęściéj bywa zaciemniona, najbardziéj w miejscu, które przylega do głównie zajętéj i chorobowo zmienionéj części tęczówki. Pewną odmianę widzimy z wystąpieniem podwyższonego ucisku śródocznego, który jest przemijającym. Im chory starszy, tem łatwiéj

przychodzi do wygórowanego ucisku śródocznego. Ponieważ atoli gruźlica tęczówki przeważnie w dziecięcym wieku się pojawia, przeto ucisk śródoczny skutkiem podatności i przenikliwości błon ocznych do wysokiego nie dochodzi stopnia. Szapringer przecież spostrzegał podwyższenie ucisku śródocznego nawet u pięciomiesięcznego dziecka (*Wis. Zusammenk. deutsch. Aerzte in New York* 1888). Ze stwardnieniem oka występują połowicze bóle głowy, czoła i skroni, a w rogówce znaczniejsze zaciemnienia. Objawy te ustępują, jeżeli napięcie oka wróci do stanu prawidłowego, co się także bez pomocy lekarskiéj zdarza. Wielka ilość gruzełków daje powód do wystąpienia silniejszego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. Teraz już bóle są znaczne, nieustające i mogą wskazać wyłuszczenie oka. Jeżeli zaś jeden gruzełek, powiększając się, dotyka rogówki i sprowadzi jéj przebicie, wtedy zmienia się obraz kliniczny. Na oku widać przebity wrzód rogówkowy z większem lub mniejszem wzdęciem rogówki, z naciekami w niéj, z bujaniem z dna wrzodu lub rozpadem. Hirschberg opisał przypadek, w którym przebicie nowotworu gruźliczego przez rogówkę nastąpiło w dziewiątym tygodniu (*Virchows Arch.* t. 60). Po przebiciu rogówki łatwoby można nie rozpoznać gruźliczéj przyrody choroby, gdyż miejsce przebite przedstawia obraz zakaźnych, rozpadających się wrzodów rogówkowych z opadnięciem tęczówki. Czasem przebieg jest powolny i trwa przez miesiące, w innych przypadkach sprawa przebiega dość szybko. Z pojawieniem się ciężkich objawów chorobowych w innych narządach ustroju, które tak często występują u gruźliczych, usuwają się chorzy z pod obserwacyi okulistów. Śmierć zresztą w którymkolwiek z tych okresów przerywa dalszy rozwój choroby. Z 25 przypadków, które z literatury dotyczącéj zestawiłem, a w których rodzaj zejścia był podany, 11 razy śmierć nastąpiła skutkiem gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Rozpoznanie choroby jest łatwe, jeżeli są widoczne gruzełki rozsiane lub obok większego nowotworu gruźliczego widać także małe. W okresie, w którym gruzełków jeszcze nie widać, rozpoznanie jest bardzo trudne. W takich razach na uwadze mieć trzeba skłonność w rodzinie do suchot, ogólny stan zdrowia, wiek, wykluczyć daléj trzeba inne przyczyny zapalenia tęczówki, zważać zresztą, czy zmianom anatomicznym odpowiada zadrażnienie silne, czy oko jest mało zadrażnione, jak bywa w przypadkach gruźlicy tęczówkowéj. Teoretycznie rzecz biorąc, trzebaby wykazać prątki gruźlicze lub przeszczepić ze skutkiem wydobytą z oka tkaninę na tęczówkę królika. Tak np. Knies twierdzi, że w razie nieobecności gruzełków rozpoznać można chorobę jedynie za pomocą przeszczepienia (Knies, *Grundriss der Augenheilkunde* 1890, p. 245). Wymaga to jednak operacyi, która połączona jest, jak doświadczenie poucza, z krwotokami, często z pogorszeniem stanu oka i bujaniem nowotworu na zewnątrz, jak w drugim z moich przypadków. To samo widzieli Alexander (*Centralbl. f. p. A.* 1884), Hoene (j. w.) Schneller, Hirschberg i inni. Co do mnie, najniechętniéj doradzałbym operacyi niejako próbnéj, którą się ma wykonać celem rozpoznania choroby. Sądzę, że uwzględniając wszystkie towarzyszące chorobie oznaki, można dojść do przekonania, czy się ma do czynienia z gruźlicą, czy też nie. W wątpliwych przypadkach często następujące wskazówki mogą wątpliwość usunąć. W przypadkach gruźlicy tęczówkowéj bardzo wcześnie spostrzegamy zaciemnienie rogówki. Zaciemnienia występują w kształcie kropek i plamek okrągłych, osadzonych na tylnéj ścianie rogówki. Późniéj głębsze warstwy rogówkowe zaciemniają się, a wreszcie powierzchnia rogówki bywa jakby pokłóta. Ciecz wodna jest prawie czysta. Zadrażnienie, jak już wspomniałem, jest mierne. W przypadkach niegruźliczego zapalenia tęczówko-rogówkowego objawy zadrażnienia i światłowstrętu bywają znaczne, a ciecz wodna mętna.

Gruźlicę tęczówki napotykamy w wieku dziecięcym do 8-go roku. Rzadziéj pomiędzy rokiem 8 a 20. Wyjątkowo zdarzają się także przypadki u starszych. Najmłodsze dzieci, u których spostrzegano gruźlicę tęczówki, miały 4 miesiące. Przypadki takie opisali Hirschberg (j. w.) i Grfifith (*Primary tuberculosis of iris*). Tenże zebrał aż 32 przypadków z literatury angielskiéj. Najstarszy z jego chorych miał lat 51. Przypadki, które opisali Jacobson, Haenseli-Leber, Falchi, Rüter, Deutschmann, Fuchs, Schapringer, Schneller, Brayley, Treitel, Laquer, Hirschberg, Alexander i Feuer, dotyczą dzieci. W przypadku Hoenego miał chory lat 22, pierwszy z opisanych w ogóle przypadków dotyczył chorego, który miał lat 21 (Gradenigo). Gruźlica tęczówki jest, jak wyżéj wspomniałem, rzadką chorobą. Hirschberg podaje (*Centralbl. f. p. A.* 1889, p. 340), że na 60.000 chorych spostrzegał 6 przypadków, moje dwa przypadki odnoszą się do 15.000 chorych.

Leczenie. W literaturze napotykamy spostrzeżenia, z którychby wnosić było można, że gruźlica oka w niektórych przypadkach jest uleczną. A. Trousseau (*Arch. d'ophtalmologie* 1889. *Lupus et tuberculose oculaires*) wszczepiał w oczy królików tkaninę z wilka (*lupus*). W tęczówce pojawił się nowotwór gruźliczy, który zwolna po jakimś czasie znikł bez śladu. Ogólne zakażenie nie nastąpiło. Trousseau wnosi, że gruźlica oka do pewnego stopnia i w pewnych zapewne rzadkich przypadkach jest uleczna. Schneller (*Ein Fall geheilter Iristuberculose* 1888) opisał przypadek gruźlicy tęczówkowéj, wyleczony wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu. Rozpoznanie opierało się na wykazaniu prątków gruźliczych. Pomimo tych spostrzeżeń zapatrywać się trzeba na oko dotknięte gruźlicą, — jeżeli zresztą ustrój jest niezajęty, — jak na ognisko chorobowe, z którego zakażenie przejść może do innych narządów ustroju. Wskazane tedy jest wydalenie choréj części drogą operacyjną, jeżeli doszczętne usunięcie zajętéj gruźlicą tkaniny jest możebne. T. Treitel (*Berl. klin. Wochschrft* 1885, Nr. 28) opisał przypadek, w którym wprawdzie trzy razy trzeba było wycinać tęczówkę, lecz oko ocalono. Wydobycie zajętéj części jest często bardzo trudne, tęczówka bywa przyrośnięta do torebki soczewkowéj, rwie się, a krwotoki zalewają pole operacyjne (Alexander *Centrbl. f. p. A.* 1884). W wielu przypadkach trudno rozpoznać, czy ciałko rzęskowe nie jest zajęte. Jeżeli iridektomija jest niewystarczającą, wtedy wskazane być może wyłuszczenie oka. R. Deutschmann wyłuszczył gałkę u 5 letniego chłopca, który jeszcze sześć lat żył (*klin. ophtal. Miscellen.* Leber-Deutschmann 1881 XVI). Griffith opisuje dwa przypadki śmierci po wyłuszczeniu gałki ocznéj z powodu zapalenia gruźliczego opon mózgowych (j. w.), to samo stwierdzają Thompson i Hirschberg (*Maren. Beiträge zur Lehre von der Augentuberculose.* Berlin 1884). Mojem zdaniem wyłuszczenie oka wykonać można tam, gdzie wzrok już w wysokim sto-

pniu ucierpiał, lub gdzie oko jest bardzo bolesne. Wyłuszczyć zaś gałkę należy, jeżeli z pewnem prawdopodobieństwem orzec można, że gruźlica tęczówki jest pierwotna i że inne narządy ustroju są jeszcze zdrowe. Jeżeli jest podejrzenie, że już inne narządy są zajęte, tedy należy wyczekująco się zachować. Z leków, które zalecono jako skuteczne, wymienić jeszcze muszę jodoform, podany wewnętrznie w dawkach 0·4 dziennie, co Panas zaleca (*Progr. méd.* 1889, Nr. 46).

Tuberkulina Kocha, jak już wspomniałem, mogłaby w wielu przypadkach jako środek, który w ogóle działa na tkaninę przez gruźlicę zajętą, ułatwić rozpoznanie. Jeżeli lek ten w przyszłości mieć będzie praktyczne zastosowanie w leczeniu gruźlicy, to właśnie w przypadkach gruźlicy tęczówki możnaby się spodziewać dobrych wyników, tem bardziéj, że tęczówka jest widoczna i operacyjom przystępna. Zdaje mi się, że w ogóle dla zrozumienia działania tego leku ważne będą spostrzeżenia, dotyczące zachowania się gruzełków tęczówkowych po wstrzyknięciu. Obecnie mam w leczeniu dziesięcioletniego chłopca, podejrzanego o gruźlicę tęczówki; byłby to trzeci przezemnie spostrzegany przypadek. W obec spostrzeżeń Browicza i Virchowa zawahałem się w doradzaniu stosowania tuberkuliny i nie nalegałem na rodzinę, która i tak się sprzeciwia użyciu tego leku. Dotąd, o ile stwierdzić mogłem, tylko Watson Cheyne zastosował tuberkulinę w przypadku gruźlicy tęczówki. Dziewczynka dziewięcioletnia po trzeciem wstrzyknięciu pomimo 40° C. ciepłoty miejscowo na lek nie oddziaływała. Dopiero po czwartem wstrzyknięciu wystąpiły zmiany miejscowe w oku, które można było dokładnie spostrzegać. Sprawę z téj pracy podam na innem miejscu.

Wreszcie wspomnieć muszę, że w piśmiennictwie okulistycznem polskiem dotąd przypadek gruźlicy tęczówkowéj tylko Hoene opisał. Przypadek ten spostrzegał także Talko, a badanie anatomiczne wykonał Wiegand.

IV. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

Przystępując obecnie do radykalnego leczenia zboczeń przegrody nosa, muszę zaznaczyć, że niektórzy autorowie, (przeważnie amerykańscy, jak n. p. Bosworth i Jawis z N.-Yorku) przeceniają zdaniem mojem doniosłość *deviationis septi*, a co zatem idzie może zbyt często uciekają się do leczenia radykalnego. Starałem się na początku niniejszéj pracy wykazać, że cierpienie to jest niesłychanie częstem, że asymetryczną przegrodę nosa można do pewnego stopnia uważać za prawidło, symetryczną zaś za wyjątek, że prawdopodobnie *deviatio septi* w mniejszym lub większym stopniu istnieje od lat najmłodszych.

Otóż częstość ta nie jest bynajmniéj w stosunku prostym do zaburzeń funkcyjonalnych, jako następstw zboczeń przegrody nosa.

Przeciwnie chorzy stosunkowo rzadko skarżą się na owe zaburzenia, zboczenie zaś *septi*, częstokroć nawet bardzo znaczne, przypadkowo tylko się wykrywa.

Rodzi się więc kwestyja pierwszorzędnéj wagi, czy w przypadkach znacznych zboczeń przegrody nosa, nie wywołujących jednakże poważniejszych dla chorego zaburzeń, należy zboczenia owe usuwać na drodze operacyjnéj lub nie? Zdaniem mojem nie należy tego czynić i wogóle powodować się w tych razach nie tyle natężeniem saméj sprawy chorobowéj, ile rodzajem i stopniem zaburzeń, jakich zboczenia te są przyczyną. I dla tego to częstokroć zdarzyć się może, że wypadnie nam przystąpić do radykalnego leczenia tam, gdzie *deviatio septi* jest mało wyrażona, gdzie natomiast daje ona faktycznie powód do funkcyjonalnych zaburzeń i *vice versa*. Stąd potrzeba bardzo ścisłych wskazań, na co już zwracali uwagę niektórzy autorowie, jak n. p. Kinght, Moure, Hartmann i inni. I dla tego to obecnie przechodzę do owych wskazań.

I-szem i najważniejszem są zaburzenia ze strony oddechania. Sądzę, że w dostateczny sposób skreśliłem obraz tych zaburzeń, mówiąc o objawach, będących następstwem zboczeń przegrody nosa. I dla tego to powtarzać ich tu nie będę. Nietrudno zdaje się zrozumieć, dla czego przy postawieniu wskazań dla operacyjnego leczenia zboczeń nosa, zaburzenia oddechowe umieściłem na pierwszem miejscu. Z drugiéj jednak strony i w ocenieniu owych zaburzeń należy nam być bardzo ostrożnymi, powinniśmy mieć absolutną, o ile to jest możliwem, pewność, że te objawy zależą od danego cierpienia resp. *deviationis septi*, że nie są one wywołane obecnością innych spraw chorobowych, wikłających dane cierpienie, że zatkanie nosa nie jest wywołanem n. p. obecnością guzów w jamie nosogardzielowéj. Rzecz prosta, że w tych warunkach usunięcie zboczenia przegrody nosa, nie usunie nam owych zaburzeń; tym sposobem względem chorego zawinimy, żeśmy niepotrzebnie narazili go na bądźcobądź bolesną operacyją.

II-em niemniéj ważnem wskazaniem do radykalnego leczenia zboczeń przegrody nosa stanowią owe objawy zwrotne odruchowe, o których wyżéj szczegółowo mówiłem, a więc kaszel, astmatyczne napady, najróżnorodniejsze nerwobóle itd. Powiedziałem „niemniéj ważnem“, gdyż rzeczywiście objawy te, po większéj części lata całe trwające i w wysokim stopniu chorego niepokojące, wszelkiemu leczeniu objawowemu się nie poddają i tylko leczenie przyczynowe resp. usunięcie zboczenia *septi* do celu prowadzi. Jeżeli jednak przy pierwszem wskazaniu należy zachowywać pewne ostrożności, to tem bardziéj tyczy się to drugiego.

Rzeczywiście od czasów Hacka, tego entuzyjastycznego propagatora teoryi odruchowéj, dużo się w pojęciach naszych zmieniło. Coraz częściéj odzywają się głosy, przeciw téj teoryi przemawiające. Nie zawsze astma, nerwoból itd., mające jakoby swe źródło w zboczeniu przegrody nosa, ustępują po jego usunięciu.

Niedość na tem, istnieją publikacyje donoszące nam, że po niektórych operacyjach w nosie wystąpiły owe nieprzyjemne dla chorych zaburzenia, jak astma itd.

Wobec tego przystępując do leczenia owych zaburzeń przez usunięcie *deviationis septi*, nie powinniśmy absolutnie stawiać pomyślnego rokowania, jeżeli nie chcemy się wobec chorego zdyskredytować.

Do mniéj ważnych wskazań należy zaliczyć:

III. zaburzenia ze strony słuchu, zależne od zboczeń przegrody nosa, jakoteż przeszkoda w leczeniu już istniejącego cierpienia ucha.

IV-te wskazanie stosunkowo bardzo rzadko ma miejsce, mianowicie: przy operacyach polipów nosa znacznie wystający wyrostek (ość, lub grzebień), rzadziéj skrzywienie *septi* utrudnia, lub zupełnie uniemożliwia wprowadzenie odnośnych instrumentów (n. p. pętli).

Również rzadko zmuszeni jesteśmy zadosyć uczynić ostatniemu

V-mu wskazaniu estetycznemu. Nierzadko uraz spowodować może nietylko zwykłe *deviatio septi*, lecz i asymetryję nosa, mniéj lub więcéj wyrażoną. Stosunkowo często li tylko w celach kosmetycznych stosuje się resekcyję *septi* w przypadkach powyżéj przezemnie opisanych, gdzie wolny brzeg *septi cartilaginosi* nie znajduje się na jednym poziomie z *septum membranaceum*, wystając mniéj lub więcéj znacznie do światła jednéj z jam nosowych. W przypadkach tych obok upośledzonéj drożności nosa, wzgl. mniéj lub więcéj wyrażo-

nych zaburzeń oddechowych, istnieje do pewnego stopnia zniekształcenie nosa, co i bywa najczęściéj powodem szukania porady lekarskiéj.

Załatwiwszy się w ten sposób ze wskazaniami przechodzę obecnie do saméj operacyi. Zaczynam od metod ortopedycznych:

Jeszcze Quelmalz w połowie 18 go wieku zalecał naciskanne palcem końca nosa, naciskanie kilkadziesiąt razy powtarzane, ku stronie przeciwnéj skrzywieniu. W 100 lat potem metoda ta znalazła zwolennika w Michelu. Procedura to jednak zbyt jest niewinną, aby się po niéj jakiegoś skutku spodziewać można.

Również nie wiele pożytku spodziewać się należy od zastosowania blaszkownicy, rur gumowych, różnego rodzaju *bougies* (Mackenzie używa owalnych, George Stoker wklęsło-wypukłych), daléj tamponów z waty, wprowadzanych do zwężonéj jamy na kilka godzin lub dzień cały (Jurasz, Hubert), jakoteż ścieśnionego powietrza (Massei, Bouchez).

Wszystkie te metody mogą być jedynie z pewną korzyścią stosowane w świeżych zupełnie, traumatycznego pochodzenia zboczeniach *septi cartilaginosi*, zwłaszcza u dzieci. W przypadkach zastarzałych, przy zboczeniach w części kostnéj przegrody u dorosłych, metody te mogą jedynie mieć znaczenie drugorzędne, pomocnicze, mianowicie po dokonanéj operacyi krwawéj dla utrzymania nadal w danéj pozycyi *septi.*

Wielki krok naprzód w ortopedycznéj technice stanowi instrument Adams-Jurasza, który ma dosyć zwolenników (Rosenthal itd.), choć nie brak mu i przeciwników (G. Stoker, Krieg itd.). (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

P o n c e t podaje wniosek mający umożebnić (?) stosowanie szczepianki Kocha także w *meningitis tuberculosa.* Ponieważ, jak Henoch pierwszy wypowiedział, głównem niebezpieczeństwem jest tu wytwarzające się silne przekrwienie mózgu i opon w niepodatnéj czaszce, P. radzi wytrepanowanie dość dużego otworu w czaszce przed przystąpieniem do wstrzykiwań, aby przez to dać mózgowi możność swobodnego rozszerzania się. Autor sądzi, że wobec bezwzględnie niepomyślnego rokowania, jakie daje zapalenie gruźlicze opon mózgowych, operacyja sama nie powinna wchodzić w rachubę. (*Lyon méd.*, Nr. 1).

J a c o u d przedstawił w *Académie de médicine* dnia 10 lutego wyniki szczepienia ochronnego limfy Kocha, które wspólnie z M é n é t r i e r e m przedsięwziął na śwince morskiéj. Zwierzę ważące 580 gr. otrzymało w ciągu 4 tygodni 0·50 czystéj limfy. Jedynym widocznym skutkiem była utrata 26 gr. wagi ciała. Nazajutrz po ostatniéj injekcyi wstrzyknięto téj śwince morskiéj w okolicę łopatki połowę rozmiękłego gruczołu limfatycznego, pochodzącego z świnki dotkniętéj gruźlicą. W miesiąc po tem zaszczepieniu zwierzę zginęło, a przy sekcyi znaleziono gruczoły pachowe nacieknłe, liczne gruzełki i nacieki gruźlicze w płucach, w wątrobie i w śledzionie. Dla tego silnie zbudowanego zwierzęcia czas życia po zaszczepieniu gruźlicy był bardzo krótki, a zmiany tak daleko posunięte, jakie tylko takie zaszczepienie wywołać może. Szczepienie ochronne limfą Kocha nie odniosło przeto żadnego skutku. Równocześnie z tamtą świnką zaszczepiono drugiéj 485 gr. ważącéj, drugą połowę gruczołu limfatycznego. Jakkolwiek wychudnienie i nacieczenie gruczołów pachowych wskazuje, że gruźlica się u tego zwierzęcia przyjęła, jednakże do dnia wykładu już o 10 dni pierwszą świnkę przeżyło. (*Bulletin méd.* Nr. 12).

W związku z tem są doświadczenia D u j a r d i n-B e a u m e t z a. W s t r z y k i w a ł o n l i m f ę K o c h a ś w i n k o m m o r s k i m z d a l e k o p o s u n i ę t ą g r u ź l i c ą; wszystkie szybko zginęły. Ponieważ w tych przypadkach można było śmiertelne zejście przypisać rozległéj gruźlicy, przeto zaszczepił dwom zdrowym świnkom gruźlicę i zaraz potem rozpoczął wstrzykiwania limfy, innym dwom zastosował procedurę odwrotną, a wreszcie dwom ostatnim zaszczepił tylko jad gruźliczy. Wszystkie zdechły bez znacznéj różnicy w czasie. D.-B. zauważył nadto u niektórych zwierząt leczonych limfą silne krwotoki nerkowe. Autor z doświadczeń swych wysnuwa wniosek, że podobnie jak u ludzi, tak i u zwierząt pomyślnych skutków stosowania środka Kocha nie ma. (*La Semaine méd.*, Nr. 7).

Z końcem listopada r. z. złączyli się lekarze szpitala św. Ludwika w Paryżu: V i d a l, B e s n i e r, F o u r n i e r, H a l l o p e a u, Q u i n q u a n d i S a i l l e r w komisyję mającą wspólnie poddać badaniu środek Kocha z nadzwyczajną ścisłością. W kilku salach zebrano wyłącznie chorych, u których stosowano limfę Kocha i zorganizowano ciągłą lekarską obserwacyję. Wszyscy członkowie komisyi badali każdy przypadek zosobna, a do doświadczeń używano tylko przypadków, w których rozpoznanie choroby nie ulegało najmniejszéj wątpliwości. Na posiedzeniu *Société de dermatologie et de syphilographie* w dniu 12 lutego Besnier przedstawił wynik tych doświadczeń. B. przedłożył tablicę, w któréj zebrane były przebieg i objawy we wszystkich przypadkach. „Czego jednak z tablic tych wyczytać nie można, czego żaden wykład wyjaśnić nie może i co w wszystkich publikacyjach pominięto — wyraża się Besnier — to są okropne i niepotrzebne cierpienia, które znosili niektórzy chorzy“. Przypadku śmierci dzięki staraniom i opiece lekarzy i posługi nie było. Pod wpływem gorączki reakcyjnéj po wstrzykiwaniach powstaje w tworach gruźliczych tudzież w ich okolicach zadrażnienie podobne do tego, które w przewlekłych zmianach gruźliczych wywołuje róża, nie dochodzące jednak do tego stopnia jak przy róży. W następstwie tego zadrażnienia zauważa się mniéj lub więcéj wyraźne polepszenie, skłonność do zabliźniania się, albo nawet wytworzenie się blizny, właściwe jednak gruzełki rzeczywiste i specyficzne elementa chorobowe pozostają niezmienione, albo nawet powiększają się i mnożą. U żadnego chorego nie otrzymano po wstrzykiwaniach limfy Kocha lepszych, co gorsza nawet takich samych wyników leczniczych, jak przy innych sposobach leczenia. Te wprawdzie mają tę ujemną stronę, że są bolesne, jednakże ból, jaki one sprawiają jest drobnostką wobec cierpień, wywołanych leczeniem metodą Kocha. W połączeniu z zabiegami chirurgicznemi (wyskrobanie, przyżeganie itd.) oddaje środek Kocha w małych dawkach lepsze usługi niż sam w dużych dawkach. Besnier wypowiada w końcu zdanie, że lekarz nie ma prawa wstrzykiwać człowiekowi toksyny prątków gruźliczych. (*La Semaine méd.*, Nr. 8).

G e p n e r: P r z y p a d e k l i s z a j a s p o j ó w k i l e c z o n y z a p o m o c ą ś r o d k a K o c h a.

Ciężki przypadek liszaja spojówki z wrzodami i naciekami rogówkowemi i z *symblepharon* leczono przedtem zwykłemi sposobami, które sprowadziły polepszenie. Po zastosowaniu 0·001 środka Kocha nastąpiły groźne objawy ogólne (głębokie *coma*), które powtórzyły się i po drugiéj takiéj saméj dawce. Co się tyczy miejscowych objawów w oku, to owrzodzenia liszajowe spojówki nieco się poprawiały. Uderzającem było silne zaćmienie rogówki, które reakcyjnie po wstrzykiwaniach nastąpiło, późniéj jednak nieco się zmniejszyło. *Symblepharon* stało się większe. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, styczeń).

Doświadczenia, które K u r z wykonał, okazały, że środek Kocha ma wielką wartość dla rozpoznania ukrytych ognisk gruźliczych. W małych dawkach i przy zastosowaniu odpowiednich środków ostrożności nie przedstawia niebezpieczeństwa. U chorych Kurza nastąpiło pod wpływem wstrzykiwań znaczne polepszenie. Podczas reakcyi ogólnéj zauważał K. zwiększenie się ilości moczanów w moczu. (*Gaz. degli ospitali*, 14 stycznia).

Aby wykluczyć silną i długotrwałą reakcyję, która już czasem po dawce 1 mg. występuje, G u t t m a n n i E h r l i c h stosują od kilku miesięcy środek Kocha odmiennie od zwykłego postępowania. Rozpoczyna się od dawki $^1/_{10}$ mg., każdą następującą dawkę codzienną (czasem co drugi dzień) zwiększa się o $^1/_{10}$ mg., aż po upływie 10 dni dochodzi się do

1 mg. Następnie podwyższa się dawkę, wstrzykując co dwa dni, o $^{2}/_{10}$ mg., a doszedłszy do 2 lub 3 mg. podwyższa się o $^{1}/_{2}$ mg. Jako cel takiego postępowania podają autorowie: wypróbowanie czułości chorego na reakcyję wobec środka Kocha, przyzwyczajanie chorego ustroju do tego środka, przez co unika się wywołania silnéj reakcyi gorączkowéj. W większéj części przypadków opisane postępowanie początkowe nie wywołuje wcale reakcyi, w mniejszéj liczbie występuje nawet zanim dochodzi się do dawki 1 mg. reakcyja mniéj lub więcéj silna, połączona z gorączką, dochodzącą wyjątkowo tylko do 39°. Dalsze postępowanie jest w tych przypadkach rozmaite: jeżeli gorączka jest chwilowa, krótkotrwała, wstrzykuje się co dwa dni ostatnią dawkę dopóty, aż nie wywoła już gorączki; jeżeli zaś gorączka jest trwałą, należy czekać aż ustąpi i rozpocząć na nowo od bardzo małych dawek, choćby od $^{1}/_{10}$ mg., postępując znowu jak poprzednio. Rozczyn limfy 1:1000 należy zawsze świeżo przygotowywać, gdyż tak słabe rozczyny, łatwo tracą siłę. U chorych w liczbie więcéj niż 30, u których stosowano w opisany sposób środek Kocha, nie zauważali autorowie żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych; polecają przeto to postępowanie szczególnie w praktyce prywatnéj. (*Deut. med Wochenschr.*, Nr. 10).

Mikulicz podał spostrzeżenia swoje poczynione na 88 osobach, u których stosował środek Kocha. 10 z nich było zupełnie zdrowych, z tych u 5 wystąpiła po wstrzyknięciu 0·005—0·01 limfy, wybitna reakcyja, 5 nie oddziaływało. Z pozostałych 78 można było u 25 na pewno wykluczyć gruźlicę, a z tych 22 nie oddziaływało, 3 okazywało reakcyją ogólną.

U wszystkich oznaczano ilość hemoglobiny we krwi i okazało się, że w większéj części przypadków ilość hemoglobiny się stale w czasie leczenia o 10—30% zmniejszała. Ze względu na wyniki lecznicze bierze M. w rachubę tylko 28 przypadków, u których wstrzykiwania stosowano od 2 miesięcy. Jeden chory zmarł na zapalenie opon mózgowych. W 14 przypadkach dotąd żadna zmiana nie nastąpiła, w 3 wystąpiło pogorszenie, którego jednak nie można przypisać sposobowi leczenia. Wyraźne polepszenie zauważono w 10 przypadkach. W tych ostatnich przypadkach wprawdzie stosowano przed albo podczas leczenia metodą Kocha jakieś zabiegi chirurgiczne, ale dopiero po użyciu kochiny nagle wystąpiło wyraźne polepszenie. (*Tamże*). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Karol Marcinkowski w literaturze i praktyce lekarskiéj.

Praca doktorska: *De fontibus indicationum generatim.* Studyja w Paryżu. Stan nauk lekarskich w ówczesnéj Francyi. Po powrocie do kraju wydane rozprawy: *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel* i *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu.* Praktyka na emigracyi. Niektóre poglądy naukowe w listach wyrażone. Praktyka po powrocie z emigracyi. Sztab lekarski. Podróżowanie konno. Marcinkowski jako dyjagnostyk i terapeuta.

Podał
Dr. J. Zielewicz z Poznania.

Literackie żniwo Marcinkowskiego nie jest zbyt obfite. Wszakże zważyć należy, że autor nasz żył w czasach, kiedy o nadprodukcyi pióra nie było jeszcze mowy, zwłaszcza u ludzi ścisłéj nauki. Pisano mniéj niż dzisiaj, mniéj też było sposobności do publikowania, bo fachowych czasopism było bardzo mało, a do wydania we formie osobnéj książki nie wszystko się nadaje.

Z tem wszystkiem Marcinkowski — jak na owe czasy — wcale pokaźne w literaturze lekarskiéj zajął stanowisko. Prace jego znów — podobnie jak w dziedzinie obywatelskiéj — na dwa dzielą się okresy: w dobie przedrewolucyjnéj okres przygotowawczy, po powrocie z emigracyi okres produkcyjności na polu lekarsko-literackiem, równie jak to widzieliśmy na polu prac obywatelskich.

Praca „doktorska“, którą *ex officio* trzeba było napisać, jak u każdego promowanego lekarza, tak i u Marcinkowskiego stanowi owe *primitia studiorum*, w których raczéj dobrych chęci, niż naukowéj wartości szukać mamy prawo. Za temat do rozprawy obrał sobie nasz autor rzecz o wskazaniach, sięgnął więc po materyjał do bogatego skarbca patologii ogólnéj, któréj na uniwersytecie słuchał u Fr. Hufelanda, a po części i u Berendsa, klinicysty, tenże bowiem wykładał także „semiotykę“. Praca Marcinkowskiego p. t. *De fontibus indicationum generatim*[1]) obejmuje 13 paragrafów, a główne myśli tu wypowiedziane dadzą się pomieścić w następującem streszczeniu. Ostatecznym celem nauki lekarskiéj jest rozpoznanie choroby i jéj leczenie; pierwsze osiągamy przez obserwacyją, drugiemu za podstawę służą pewne zasady zastosowywania środków leczniczych, zwane wskazaniami. Opierając się na Bagliwiuszu i Hipokratesie, autor nasz rozprowadza różnicę pomiędzy empiryją, a racyjonalnem chorób leczeniem, które bez dokładnych wskazań obyć się nie może, nie powinno jednak zupełnie zrywać ze spekulacyją, któréj sztuka lekarska ma wiele do zawdzięczenia. Dokładna znajomość stanu chorobowego i działania leków pierwszym jest warunkiem leczenia, do tego zaś przychodzi się dokładną obserwacyją każdego szczegółowego przypadku, a ostatnia wymaga uwzględnienia przeszłości chorego, zbadania jego obecnego stanu, tudzież uwzględnienia okoliczności przeszłych, co wszystko razem wzięte staje się w umyśle lekarza źródłem téj idei, którą wskazaniem leczniczem zowiemy. Stosownie do tego podziału do pierwszéj kategoryi źródeł zalicza autor właściwości szczegółowe organizmu, stan sił żywotnych, sposób życia, temperament, wiek i płeć, przechodzi następnie do przyczyn chorobowych, które dzieli na epidemiczne, endemiczne i przyrzuty (*contagia*). Z obecnego zaś stanu choroby wydedukować należy, które szkodliwe zdrowiu i życiu pierwiastki wydalić, a które jako pożyteczne zachować trzeba a do tego celu prowadzi: choroba sama, siły chorego, różne znaki natury, znane pod nazwą instynktów, a wreszcie wybitne objawy chorobowe. Każdemu z tych działów autor poświęca osobny rozbiór. Następnie autor nasz stawia sobie pytanie: w jaki sposób rokowanie (*futura aestimatio*) do wyszukania wskazań posłużyć może? Przy obmyślaniu planu leczniczego powinniśmy zarazem zważać na to, co się może stać w przebiegu choroby i o ile zmiany w ciągu tegoż na zmianę środków wpływać mogą. Za przykład bierze autor młodzieńca, którego budowa przemawia za skłonnością do suchot, który atoli oprócz niezwykłego podrażnienia układu naczyniowego, na nic więcéj chwilowo nie cierpi. Z tego jednak trzeba wnosić, że należy zwrócić się ku wzmacnianiu i oziębianiu płuc. Przechodząc do chorób ostrych, radzi stopniowanie w używaniu środków i widzi w tem błąd, że lekarze od razu zanadto energicznie biorą się do rzeczy.

Stoi więc autor nasz w tym pierwszym utworze swego pióra na stanowisku patologii humoralnéj, która owemi czasy była dogmatem w nauce. Oddaje wiernie poglądy swoich nauczycieli, a znać też po sposobie jego dedukcyi, że nie od parady słuchał Hegla, stosownie do ówczesnych przepisów, że lekarzowi potrzebna także propedeutyka filozoficzna, która wtedy była czysto spekulatywną. Ten kierunek duchowy Marcinkowskiego przebija się nietylko w jego pracach lekarskich, ale i we wszystkich objawach jego pióra — czy to społecznych, czy ekonomicznych, wygłaszanych w późniejszem życiu we formie publicznych przemówień, odezw itd.

Po napisaniu rozprawy doktorskiéj i egzaminach Marcinkowski rzucił się w wir praktyki, ale pola nie zalegał, na książki pieniędzy nie żałował i choć, jak sam mówi, nie zbyt obfitą, ale jednak dostateczną do oryjentowania się w postępie nauki, zbierał biblijotekę. Pod wpływem własnego doświadczenia zapewne niejeden pogląd ze szkoły wyniesiony

[1]) Egzemplarz król. Biblijoteki berlińskiéj I-a 3044 M. 17338.

w myśli jego zmienić się musiał, ale w siedm lat po objęciu praktyki trzeba było pójść za głosem trąbki bojowéj i nowe gromadzić doświadczenia. W obozie spotkał się z cholerą, znaną mu dotychczas zaledwie z książek, literackie jednak zużytkowanie téj naukowéj zdobyczy trzeba było zostawić późniejszemu czasowi.

Tymczasem zaskoczył Marcinkowskiego okres życia emigracyjny. Zachęcony do tego i w środki pieniężne przez jenerała Chłapowskiego zaopatrzony, udał się Marcinkowski na emigracyję, nie po to, aby z resztą wychodźtwa dzielić złudzenie o powrocie kiedyś do ojczyzny z bronią w ręku, ale plan jego, o którym zresztą już przed rewolucyją marzył, zmierzał dziś ku temu, aby ból patryjotycznego zawodu przytłumić pracą nad dalszem kształceniem się w umiejętności swego powołania.

Mimo całéj czci dla swoich berlińskich nauczycieli, a w szczególności dla profesora Berendsa, widział Marcinkowski, jak wszyscy jego współcześni koledzy, że ówczesna medycyna niemiecka nie wytrzymywała porównania z wysokością, na jakiéj już wtedy stała umiejętność lekarska w Anglii i Francyi. Rozumne podróżowanie zresztą uważane było wtedy, równie jak i dziś, za jeden z ważnych czynników postępu naukowego w naszym zawodzie.

Podczas kiedy w Niemczech hołdowano wówczas jeszcze czystéj empiryi, zabarwionéj mocno filozoficzną spekulacyją, w Anglii i Francyi, na gruzach upadającéj coraz bardziéj „medycyny filozoficznéj“ Broussaisa i Bouillarda na dobre już rozwijała się nowa szkoła anatomiczno-patologiczna. Na fundamencie położonym przez Bichata pracował w Paryżu w anatomii patologicznéj — zwłaszcza płuc i grużlicy — Louis, który szkołę Broussaisa do szczętu obalił, Cruveillier najprzód opisowy, następnie patologiczny anatom, tudzież Andral, gorliwy badacz fizyjologicznego i patologicznego składu krwi. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 20 marca. Tydzień bieżący rozpoczęliśmy smutnym obchodem oddania ostatniéj posługi jednemu z młodszych współpracowników. Dnia 13 b. m. zmarł wskutek ropienia, będącego następstwem zapalenia wyrostka robaczkowego, Dr. Józef Hempel, pierwszy asystent przy katedrze anatomi patologicznéj. Ś. p. Hempel urodził się w Lubelskiem w roku 1863. Studyja medyczne rozpoczął w uniwersytecie warszawskim, który razem z innymi kolegami swymi z powodu znanych zajść zmuszony był opuścić, wtedy przeniósł się do uniwersytetu krakowskiego, gdzie zaś w roku 1887 uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Już w czasie studyjów prawością charakteru, przymiotami towarzyskiemi, gorliwą pracą zjednał sobie ogólną serdeczną sympatyję tak nauczycieli, jakoteż kolegów swoich. Po uzyskaniu stopnia akademickiego pełnił obowiązki elewa przy klinice lekarskiéj profesora Korczyńskiego; wkrótce potem został mianowany asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj. Zmarły odznaczał się gorliwą i wytrwałą pracą i szczerym zapałem do pracy naukowéj, którego dowody składał biorąc żywy i czynny udział w posiedzeniach towarzystwa lekarskiego i zjazdach chirurgów polskich. W roku ubiegłym udzielił Mu uniwersytet stypendyjum do wyjazdu za granicę, z czego korzystając uzupełniał ś. p. Hempel studyja swe w zakładzie higijenicznym prof. Kocha w Berlinie, pracując w bakteryjologii. Dla dalszego kształcenia się w téj gałęzi nauk lekarskich zamierzał w tym roku ś. p. Hempel wyjechać do Paryża, aby daléj w instytucie Pasteura pracować, ku czemu zapewnioną miał dalszą pomoc ze strony uniwersytetu naszego.

Jeszcze jako uczeń pomieścił śp. Hempel w Pamiętniku słuchaczy Uniwersytetu Jagiellońskiego wydanym w r. 1887 na uroczystość otwarcia *Collegii novi* pracę wykonaną w pracowni prof. Stopczańskiego, p. t. „Czy w moczu fizyjologicznym znajduje się kwas mlekowy i czy są przypadki chorobowe, w których możnaby kwas mlekowy udowodnić“. Na pierwszym zjeździe chirurgów polskich przedłożył pracę z zakładu anatomii patologicznéj o zmianach ściany żołądka przy rakach części odźwiernikowéj, na drugim zjeździe chirurgów polskich pracę o zmianach narządów wewnętrznych w przebiegu narkozy chloroformowéj i pozostawił jeszcze w rękopisie trzecią pracę o zachowaniu się błony śluzowéj żołądka i trawienia białka wobec ostréj ogólnéj niedokrewności. Zdolności ś. p. Hempla, Jego gorliwe i wytrwałe prace, szczery zapał do nauki rokowały piękną przyszłość i zapewniały tę nadzieję, iż kraj ojczysty, którego ś. p. Hempel wiernym był synem, zyska w Nim dzielnego pracownika na polu naukowem. Nieubłagana śmierć przerwała to życie poświęcone ojczyźnie, pracy, rodzinie, a szczery żal wszystkich, którzy Go znali, towarzyszył s. p. Hemplowi do grobu, czego wyrazem było przemówienie nad grobem prezesa Towarzystwa lekarskiego krak. Gluzińskiego i serdeczne przemówienie ściślejszego kolegi Dra Orzechowskiego. *Sit ei terra levis!*

* Na posiedzeniu Tow. lek. w dniu 18/3 1891 kol. Przewodniczący, wezwawszy zebranych członków do uczczenia przez powstanie pamięci świeżo zmarłego kolegi Dra Hempla, powiadamia kolegów, że w imieniu Tow. lek. krak. złożył na jego grobie wieniec.

Kol. Przewodniczący przedstawił 2 wnioski Komisyi przemysłowéj, tyczące się powiększenia ilości członków téjże komisyi. Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

Kol. Rydygier przedstawił chorego, u którego z powodu zwyrodnienia rakowatego nerki lew. wykonał extyrpacyją nerki, oraz preparat nerki wyjętéj u 2-go chorego z powodu Pyonephrozy. W dyskusyi zabierali głos: kol. Przewodniczący, Stanisław Momidłowski i Prelegent.

Kol. Opieński wygłosił zapowiedziany odczyt: „O przyczynach wywołujących zmianę w konsystencyi moczu“.

W dyskusyi zabierali głos: koll. Cybulski, Prelegent, Ponikło, Kryński i Podgórski.

* Księztwo poznańskie gotuje się do obchodu 50-téj rocznicy istnienia Tow. Naukowego Pomocy Naukowéj imienia Karola Marcinkowskiego w d. 21 kwietnia r. b. Dla uświetnienia obchodu wyjdzie książka p. t.: „Żywot i zasługi Dra K. Marcinkowskiego“, około 10 arkuszy druku zająć mające, pióra zasłużonego i zaszczytnie znanego kol. Dra Zielewicza. Dzieło to już drogą przedpłaty przez księgarnię Żupańskiego rozsprzedane zostało w blisko 500 egzemplarzach, które w samem Księztwie rozebrane zostały. Nie wątpiąc, że i w Galicyi koledzy zainteresują się tą książką, podajemy w piśmie naszem jeden ustęp, za łaskawem zezwoleniem szan. autora, a podajemy ustęp ten w miłéj nadziei, że koledzy krajowi nie poprzestaną na tym jednym ustępie, lecz zechcą zapoznać się z całością i tym sposobem poprą wydawnictwo braci naszych poznańskich, oddając przez to hołd pamięci wielce zasłużonego rodaka-lekarza. Równocześnie z dziełem, o którem mowa, ukaże się, na mocy uchwały komitetu, medal pamiątkowy z popiersiem śp. Dra Marcinkowskiego, medal, który przechowa drogą dla rodaków postać lekarza, żołnierza i obywatela jako miłą pamiątkę dla każdego lekarza polskiego.

* JE. Dr. Józef Majer złożył w dniu 12 marca przepisaną dla tajnych radców przysięgę w ręce prezydenta Sądu krajowego wyższego JE. p. Ignacego Zborowskiego, którego Najjaśniejszy Pan do odebrania téj przysięgi Najwyższem postanowieniem z dnia 28 lutego b. r. delegował.

* Kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego rozpoczynają się z dniem 1 kwietnia b. r.

* C. k. Ministerstwo Wyznań i Oświaty reskryptem z d. 20 lutego b. r. L. 797 udzieliło Drowi Stanisławowi Ponikle, docentowi pryw. i c. k. lekarzowi powiatowemu w Krakowie, subwencyję w kwocie 500 złr. w. a., na podróż naukową celem dalszego kształcenia się w dziedzinie bakteryjologii i higijeny.

* W sprawie reorganizacyi studyjów lekarskich. Wysokie Ministerstwo wyznań i oświaty z końcem przeszłego miesiąca rozesłało do wszystkich Wydziałów lekarskich w monarchii okólnik następującéj treści:

Dotychczasowe przepisy o rygorozach na Wydziale lekarskim stoją wprawdzie bezwarunkowo wyżéj od tych, jakie dawniéj były w użyciu, jednakże w obec nadzwyczajnego postępu i rozwoju medycyny, w szczególności zaś w obec wielkiego zna-

czenia, do jakiego doszły poszczególne gałęzie téj nauki, nasuwa się pytanie, czy nie zachodzi konieczność dalszéj reformy przepisów, dotyczących już nie tylko rygorozów, lecz w ogóle całych studyjów medycznych. Co do téj kwestyi, która zresztą w obec dzisiejszego postępu wyłonić się musi, najlepiéj, sądzę, decydować mogą Grona Profesorów medycyny, którzy z jednéj strony kierując się dotychczaaowymi przepisami, datującymi się przeszło od lat 18 — a z drugiéj odczuwając doniosłość zawodu lekarza, mieli aż nadto sposobności do zastanowienia się, w jakim kierunku jest pożądaną albo nawet konieczną ta zmiana ze względu na wymagania dzisiejszéj nauki medycyny i publicznéj higijeny. Dlatego podaję odnośnym Gronom profesorskim sprawę tę do roztrząśnięcia z uwagą, by wziąwszy ją za przedmiot swych obrad na posiedzeniach, przeprowadziły ścisłą rewizyję obecnych przepisów, dotyczących rygorozów, i zdanie swoje w tym względzie mnie przedłożyły; przyczem, aczkolwiek nie chcę bynajmniéj krępować tem Grona profesorskie w ich zapatrywaniach, uważam za odpowiedne podać tu następujące pytania, które między innemi będą traktowane w czasie późniejszych obrad nad zaznaczoną kwestyją:

1) Czy należy włączyć w zakres egzaminu nowe przedmioty, a w szczególności: higijenę, psychijatryję, choroby skórne i weneryczne?

2) Czy są i które przedmioty, które możnaby wyłączyć z obecnego zakresu egzaminu?

3) Czy należy zwiększyć liczbę wykładów obowiązkowych, w szczególności czy byłby odpowiednim przepis, aby słuchanie wszystkich wykładów objętych zakresem egzaminu było obowiązkowém?

4) Czy zachodzi potrzeba ustanowienia pewnego stałego porządku, w jakim miałyby być słuchane przedmioty obowiązkowe, i czy należy to uwzględnić w rozporządzeniach, dotyczących rygorozów?

5) Czy złożenie egzaminu z pierwszych głównych przedmiotów (t. j. obecnie pierwsze rygorozum) po przepisanéj liczbie półroczy ma być warunkiem wliczania słuchaczom dalszych półroczy a w szczególności półroczy przeznaczonych na kliniki do ich absolutoryjum?

6) Czy zmiana obecnych przepisów, dotyczących sposobu odbywania się egzaminów, a szczególnie czasu, w jakim następują egzamina teoretyczne po praktycznych, byłaby korzystną albo potrzebną?

7) Czy ma się powoływać do egzaminowania z nauk klinicznych, pojętych w szerszem znaczeniu, niż dotychczas, także ludzi fachowych z poza grona profesorów zwyczajnych?

8) Czy pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiéj należy czynić zawisłem od praktykowania przez oznaczony czas w jednym z publicznych szpitali?

Ażeby mieć odpowiednią podstawę do obrad w téj kwestyi, poleca się Gronom profesorskim, aby uchwały swoje dokładnie sformułowały i jako wnioski, dotyczące zmiany obecnych przepisów o rygorozach, ewentualnie jako opracowane już przepisy mnie przedłożyły, jeszcze przed końcem bieżącego roku szkolnego.

* Od jednego z kolegów z Kołomyi otrzymujemy list następującéj treści:

Szanowna Redakcyjo!

W interesie tych P. T. Kolegów, którzyby dali się może skusić konkursem kołomyjskiéj kasy chorych, upraszam o umieszczenie następujących wyjaśnień.

Kołomyjska powiatowa kasa chorych licząca, jak sam Zarząd w konkursie ogłasza, 1283 członków, chce mieć dwóch lekarzy po 500 złr. rocznie i wymaga przytem, by lekarze ci z téj mizernej pensyi jeszcze fijakry opłacali. — Zaprawdę, kto zna tutejsze stosunki, kto wie, że samo miasto Kołomyja ciągnie się przeszło milę (przedmieście Mariahilf jest od rynku oddalone 7 kilometrów), kto wie, że do kołomyjskiéj powiatowéj kasy chorych należy kilka fabryk, młynów i destylarń nafty, z których np. fabryka kołków szewskich w Debesławcach aż 3 mile a tartak w Słobódce leśnéj przeszło 2 mile od Kołomyi jest oddalony, ten konkurs Wydziału powiatowéj kasy chorych w Kołomyi, będzie uważał nie tylko za ubliżający stanowi lekarskiemu, ale wprost za śmieszny. Historyja też tego konkursu jest ciekawa. W r. 1890, kiedy liczba członków kasy chorych nie dochodziła tysiąca, zamianował Wydział tejże kasy dwóch lekarzy Dra Bolesława Mayzla i Dra Janochę z pensyją 600 złr. rocznie i 180 złr. dodatku na fijakry. Kiedy w kwietniu r. 1890 zmarł Dr. Janocha, nie obsadzono opróżnionéj posady, polecając p. Dr. Mayzlowi zastępstwo i obiecując mu za to wynagrodzenie. Przez kilka miesięcy, pracując nad siły, potrafił jakoś Dr. Mayzel dać sobie radę, kiedy jednak z nastaniem zimy zwiększyła się ilość chorych, nie pomogły i nadludzkie wysiłki, trzeba było szukać pomocy. Wtenczas odnosi się Dr. M. do Wydziału, żądając nominacyi drugiego lekarza, a kiedy to nie odniosło skutku, udał się do świetnego c. k. Starostwa. To uznając słuszność podanych powodów, mianowało prowizorycznie drugim lekarzem Dra Gabryjela Sysaka na tych samych warunkach, na jakich był mianowany śp. Dr. Janocha, tj. 600 złr. pensyi i 180 złr. dodatku na fijakry. Stało się to 16 stycznia b. r. Wydział powiatowéj kasy chorych, zebrawszy się w lutym na posiedzenie uznał potrzebę drugiego lekarza, uchwalił jednakże po prostu dotychczasową pensyję jednego (600 złr.) rozdzielić na dwu i dodać każdemu po 15 złr. miesięcznie na podwody. Uchwałę tę niesprawidliwą odrzucili obaj lekarze z oburzeniem i wnieśli pisemne oświadczenie, że na takich warunkach daléj swych funkcyj pełnić nie mogą. Wydział uchwalił w odpowiedzi na to mianować nowych lekarzy i ogłosił powyżéj przytoczony konkurs.

Dla bliższego wyjaśnienia nadmienić muszę, iż obecnie kiedy pensyja wynosiła 600 złr. i dodatek na fijakry 180 złr. razem 780 złr., wypadła jedna wizyta lekarska przeciętnie na 15 ct. Na ile wypadnie, jeżeli pensyja obniżoną zostanie o 280 złr., łatwo obliczyć, ale też i łatwo przewidzieć, iż ani jeden lekarz szanujący swą godność posady téj nie przyjmie. Z kołomyjskich lekarzy (a jest nas tu niemało, bo oprócz dwóch wojskowych 15 i to 10 Drów a 5 chirurgów) wszyscy prawie zobowiązali się posady w kasie chorych pod powyższemi warunkami nie przyjąć.

W Kołomyi, 11/3 1891. *Dr. G. S.*

* Rada miasta Lwowa zobowiązała się w sprawie budowy Wydziału lekarskiego we Lwowie, oprócz dawniéj przyznanéj subwencyi 30,000 złr., wypłacić skarbowi jeszcze 20,000 złr. tytułem ekwiwalentu za dostarczenie gruntu pod budowę fakultetu, a to z powodu, iż gmina w okolicy szpitala głównego niema własnych gruntów, cudzych zaś dla zbyt wygórowanéj ceny nabyć nie może.

* W Peszcie docenci prywatni wszystkich wydziałów utworzyli stowarzyszenie, którego zadaniem ma być dostarczanie członkom odpowiedniego ich stanowisku wpływu na nauczanie i w ogóle sprawy uniwersyteckie. (*Internationale klin. Rundschau* Nr. 8).

* Miasto Freiburg w Niemczech jest ulubionem miejscem pobytu pp. Aptekarzy, którzy po zrobieniu fortuny spoczywają tu na laurach. Obecnie, jak podaje *The Chemist and Drogist*, jest ich tu 65. Wnosząc z wieku tych panów, z których wielu nie ma lat 40, sądzić można, że zawód aptekarski nawet i w tych trudnych czasach jest jednym z najbardziéj się rentujących.

* Do nowego Parlamentu w Hiszpanii wybrano aż 9 lekarzy, z których 5 będzie zasiadało w senacie. (*El Siglo Medico* 22 lutego).

* W r. 1890 każdy mieszkaniec Anglii na trunki wyskokowe średnio wydał 3 funty szterl. i 13 szyll. (*The British Medical Journal.* Nr. 8).

* W **Moskwie** dnia 20 lutego b. r. została otwarta z wielką uroczystością centralna stacyja elektryczna dla oświetlenia nowych uniwersyteckich klinik. Ilość lamp, które są zasilane z téj stacyi, przewyższa tysiąc. W salach wykładowych ustawione są żyrandole, a w salach operacyjnych latarnie o trzech lampach, z których każda posiada siłę 100 świec (*Wracz*, Nr. 9).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Munachijum.** Angerer mianowany profesorem chirurgii na miejsce Nussbauma.

* **Zmarli**: Dr. Nolski, profesor położnictwa, chorób kobiecych i dziecięcych w Moskwie. — W Gracu były profesor okulistyki Blodig.

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj z remuneracyją 600 zlr.

Podania wnosić należy najpóźniéj do dnia 10 kwietnia b. r. na ręce podpisanego.

Kraków, dnia 18/III 1891 r.

Rydel
t. c. Dziekan.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 28 Marca 1891. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ [illegible] „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

W r. 1875 Adams skonstruował kleszcze, służące do wyprostowania *septi cartilaginosi.* W 7 lat potem (1882) Jurasz polak, prof. laryngologii w Heidelbergu udoskonalił przyrząd w ten sposób, że łyżki (nieruchome w przyrządzie Adamsa) odejmują się od kleszczy przez naciśnięcie na sprężynę *ad hoc* pomyślaną. Ma to na celu umożliwienie pozostawienia *in situ* danego instrumentu. Łyżki łączą się ze sobą za pomocą śrubki. Prócz tego ramiona kleszczy zamykają się w sposób, jak to ma miejsce w kleszczach porodowych.

Technika operacyjna jest następująca: po znieczuleniu kokainą całéj części chrząstkowéj przegrody nosa, gdyż rękoczyn jest bardzo bolesny, wprowadza się oddzielnie połowę kleszczy do odpowiedniéj jamy nosa w ten sposób, że płaskie łyżki (uprzednio pokryte dość obfitą warstwą waseliny jodoformowéj) obejmują z obu stron wygięte *septum*, a ramiona kleszczy na krzyż w zwykły sposób ze sobą się łączą. Wtedy za pośrednictwem śrubki łączymy obie łyżki, które w miarę coraz większego przyśrubywowania wywierają stopniowo wzrastający ucisk na skrzywioną przegrodę nosa. Potem przez naciśnięcie sprężyny odejmujemy oba ramiona kleszczy, pozostawiając tym sposobem *in situ* łyżki na 1—2 a nawet 3 dni i dłużéj (rzadko) stósownie do tolerancyi chorego, gdyż jest to operacyja nie zwykle nieprzyjemna i bolesna, jakoteż stosownie do miejscowego odczynu (reakcyi) ze strony samego *septum.* Przytem codziennie należy wdmuchiwać w obie jamy nosa jakikolwiek proszek antiseptyczny (ja używam stale mięszaniny iodolu z kokainą 10:1). Po wyjęciu łyżek, co łatwo daje się uskutecznić przez odkręcenie śrubki, uważnie należy obejrzeć przegrodę nosa, na któréj czasami wytworzyć się może odleżyna stale zaś mniéj lub więcéj wyrażony proces zapalny na błonie śluzowéj przegrody. Daléj całą powierzchnię *septi* z obu stron doskonale obsypać należy proszkiem desinfekcyjnym (jak powyżéj), które to insuflacyje powtarzać należy codziennie przez dni kilka, to jest aż do zupełnego ustąpienia objawów reakcyjnych. Jako pomocniczych instrumentów w celu utrzymania wyprostowanéj przegrody w nadanéj mu forsownie pozycyi, Jurasz używa oliwek z kości słoniowéj różnéj wielkości i grubości, które następczo to jest po usunięciu łyżek wstawiają się do jam nosowych.

Szczegółowo całéj téj manipulacyi miałem sposobność się przyjrzeć podczas mego dłuższego pobytu w Heidelbergu.

Mniéj lub więcéj szczęśliwe modyfikacyje kleszczy Adamsa podali również Delstanche z Brukselli, G. Hope, Cozzolino z Neapolu, Elsberg itd.

Zdaniem mojem instrument Jurasza ma nad niemi wyższość i co do mnie, jedynie go używam. Nie mogę tu pominąć mego zdziwienia, że w jednéj z lepszych monografij o zboczeniach przegrody nosa George Stokera (z roku 1888) nie znajduję o Juraszu ani wzmianki.

Obecnie wypada mi wyrazić mój pogląd na metodę prostowania przegrody za pomocą kleszczy Jurasza. Otóż winienem zaznaczyć, że rzeczywiście w pewnych acz rzadkich przypadkach metoda ta daje wcale niezłe rezultaty. Mianowicie wskazaną jest ona przedewszystkiem dla skrzywień w części chrząstkowéj przegrody, zwłaszcza zaś esowatych, daléj u młodszych indywiduów w niezbyt zastarzałych przypadkach, wreszcie w przyp. *deviationis septi sensu strictiori*, to jest bez zgrubień (*spinae cristae* itd.) Z drugiéj jednak strony nie mogę zamilczeć i o ujemnych stronach metody Jurasza. Do tych ostatnich przedewszystkiem zaliczyć należy znaczną bolesność nietylko w okresie samego rękoczynu, lecz i w okresie pooperacyjnym. Sam rękoczyn w wysokim stopniu jest dla chorego nieprzyjemny. Daléj zdaniem mojem metoda ta zupełnie nie kwalifikuje się do leczenia ambulatoryjnego, wymaga bowiem ciągłéj obserwacyi ze względu na możliwe następstwa. Samo leczenie pooperacyjne jest niesłychanie żmudnem, możliwe są odleżyny. Wreszcie jeden z najpoważniejszych zarzutów, jaki metodzie téj n. p. Schech robi, jest możliwość powrotów cierpienia.

Jak już wspomniałem przejście od ortopedycznego leczenia do krwawego stanowią: żegadło galwaniczne i elektroliza, o których obecnie mówić zamierzam. Niektórzy autorowie, jak M. Mackenzie i Pryson Delavan zamiast usuwać wygiętą część przegrody nosa radzą zniszczyć (wyciąć) odpowiednią muszlę i tym sposobem przywrócić drożność nosa. Słusznie jednak G. Stoker i Schech przeciw metodzie téj po-

wstają. Z tem i ja się najzupełniéj zgadzam; w przypadkach jednak, jak to bardzo często ma miejsce (na 200 moich przyp. w 80), gdzie obok zboczenia (skrzywienia lub *cristae*) przegrody istnieje jednocześnie mniéj lub więcéj znaczny przerost odpowiedniéj (najczęściéj dolnéj) muszli, gdzie więc objawy zależeć mogą po części od *deviatio septi*, po części zaś od przerosłych muszel, zdaniem mojem należy, już ze względu na łatwiejszą manipulacyję, przedewszystkiem usunąć przerosłą część muszli najlepiéj na drodze galwanokaustycznéj (przy polipowatych muszlach pętlą, przy zwykłym przeroście najlepiéj ostry kauter pod postacią brózd, lub wkłówań).

Jeżeli procedura ta usunie nam albo zupełnie, albo w większéj części owe objawy (n. p. zaburzenia w oddechaniu), natenczas najlepiéj zboczenie przegrody, chociażby nawet znaczne, zostawić w spokoju, w przeciwnym zaś razie, gdy więc zaburzenia trwają w dalszym ciągu, przystąpić do operacyjnego leczenia *deviationis septi*. Przytem będziemy już mieli tą wyższość, że pole operacyjne będzie znacznie większe, co da nam możność dokładniejszego wykonania operacyi. Niemniéj i możliwość następczych (zwłaszcza po operacyjach galwanokaustycznych) zrostów staje się rzadką.

Żegadło galwaniczne jako metoda lecznicza zboczeń przegrody nosa ma dość pokaźne grono zwolenników, że wymienię tu tylko Patrzeka, G. Stokera, Jurasza, Voltoliniego, Schaeffera, Walshama i innych. Ja również do gorliwych adeptów galwanokaustyki się liczę: zarówno w skrzywieniach zwłaszcza kątowych (według klasyfikacyi G. Stokera), jakoteż w przypadkach ograniczonych zgrubień (*spinae, cristae*) chętnie stosuję żegadło i to pod różnemi postaciami (płaski i ostry kauter, wreszcie pętla dla niektórych osci).

Elektroliza, ta najmłodsza gałęź terapeutyczna, przy zboczeniach przegrody nosa znajduje także swych zwolenników i to przeważnie we Francyi, gdzie ją wprowadził do terapii *deviationis septi* pierwszy Miot, daléj Gazel, który odnośny komunikat odczytał na zjeździe laryngologów w Paryżu w 1889 roku, wreszcie Moure z Bordeaux, który jest niezwykle gorliwym propagatorem téj metody.

Wspólnie z prof. Bergonié ogłosił on w ostatnim numerze (grudzień, 1890 r.) *Journal of laryngology* pracę pod tytułem: *on deviations and spurs of the nasal septum*.

Autorowie z powodzeniem stosowali elektrolizę we wielu przypadkach skrzywień przegrody nosa z lub bez zgrubień, jakoteż przy wyrostkach kostnych, lub chrząstkowych. Używali oni podwójnéj metody: 1) tak zw. jednobiegunowéj (monopolarnéj) dodatniéj i 2) dwubiegunowéj (bipolarnéj) galwanopunctury.

Pierwsza polega na następującem postępowaniu: indiferentna (pomysłu Bergoniego), wielka elektroda umieszcza się między łopatkami chorego i łączy z ujemnym biegunem bateryi. Po znieczuleniu (kokainą) przegrody nosa wbija się stalową (gdyż łatwiéj wchodzi) igłę średnicy 0·8—1·5 mm., długości 8—11 ctm. mającą (służy tylko na raz) w centrum *deviationis* i jest ona połączona z dodatnim biegunem. W większości przypadków wystarcza siła 30 milliamperów. Rzecz prosta, że rheostat, jakoteż galwanometr są niezbędne. (Bardzo dobrym, wszelkim wymaganiom w zupełności odpowiadającym wydaje mi się aparat elektrolityczny pomysłu Hirschmana, znanego elektrotechnika berlińskiego, który widziałem na klinice prof. Krausego w Berlinie, gdzie Dr. Kutner, asystent kliniki, bardzo sumiennie od dawna prowadzi odnośne badania). Wracając do metody Mourea i Bergoniego, dodam, że posiedzenie trwa od 10—20 min. Druga metoda przez powyższych autorów stosowana przy *deviatio septi* różni się tem od pierwszéj, że niema indiferentnéj elektrody, natomiast dwie stalowe igły wbija się w wypukłą cześć przegrody tak, aby igła, znajdująca się w grubéj części była połączoną z dodatnim, druga zaś z ujemnym biegunem bateryi. Rzecz prosta, że igły w przebiegu swym dotykać się nie powinny. Wolne końce igieł powinny być dobrze izolowane za pomocą kauczukowéj rurki. Siła 20 milliamperów tutaj zupełnie wystarcza.

Co się tyczy wyboru obu metod, to wszędzie tam, gdzie igły łatwo dadzą się wprowadzić w skrzywioną przegrodę, należy używać dwubiegunowéj metody i *vice versa*. Tym sposobem monopolarna galwanopunktura rzadziéj znajduje zastosowanie, jak bipolarna.

Jakkolwiek w przypadkach *deviationis septi* elektrolizy nie stosowałem, to jednak opierając się na dotychczasowych moich doświadczeniach nad elektrolizą w przypadkach powiększonych gruczołów limfatycznych szyjnych (*lymphadenitis colli*), jakoteż w przypadkach wola, o metodzie téj przedewszystkiem wyraziłbym się, że jest niesłychanie żmudną, wymagającą wielu posiedzeń, dalej jest ona bolesną i co najważniejsza nie zawsze do celu prowadzi, pominąwszy już ten fakt, że jako wymagająca bardzo drogich przyborów, nie każdemu z lekarzy, nawet specyjalistów dostępną być może. Nie chcę tu stanowczo utrzymywać, że w przypadkach *deviationis septi* elektroliza niema tego znaczenia, jaki jéj Moure i Bergonie przypisują, brak mi bowiem, jak to już powiedziałem, własnego doświadczenia pod tym względem. Sądziłbym jednak, że galwanokaustyka przynajmniéj w wielu razach daleko prędzéj prowadzi do celu.

Przystępuję obecnie do właściwego operacyjnego t. j. krwawego leczenia zboczeń przegrody nosa. Przedtem jednak uważam za stosowne opisać niektóre ważniejsze w tym celu używane narzędzia. Do nich przedewszystkiem należy:

1) nóż zwykłe bistouri; używamy go najczęściéj, jako pomocniczego instrumentu, n. p. dla przecięcia błony śluzowéj przed resekcyją chrząstki itd. Rzadziéj już noża używamy dla usunięcia *deviationis septi* lub wyrostków. W tym celu używają noża lub nożyc kostnych niektórzy autorowie, jak G. Stoker, Schech, Jurasz itd.

W tych razach jednak właściwszem jest użycie noża o tępym końcu, lub zaopatrzonego w główkę, a to aby uniknąć zranienia poza zboczeniem znajdujących się zdrowych części. Przytem użycie noża lub nożyc możliwe jest tylko w przypadkach miękkich, chrząstkowych zboczeń przegrody nosa n p. u dzieci. Dodać winienem, że dla następczego oddzielenia przeciętéj błony śluzowéj używamy zwykłego *raspatorium*;

2) *écraseur* znajduje zwolennika w Jarvisie, który stosuje metodę tę również przy miękkich, tylko chrząstkowych zboczeniach *septi*. Należy przytem mieć jednę rzecz na uwadze, mianowicie zrobić uprzednio odpowiednie nacięcie chrząstki dla założenia pętli écraseura, inaczéj takowa zemknąć się może. Wogóle jednak metoda ta jest rzadko stosowaną;

3) częściéj natomiast nierównie w użyciu są piły i to przeważnie pomysłu Boswortha z Now. Yorku. Z pomiędzy licznych zwolenników téj metody wymienić należy następujących autorów: Casselbery, Woakes, Rosenthal, Baratomi, Ficano, Moure i wielu innych. Ja również chętnie używam pił Boswortha. Mówię pił, gdyż potrzebne są dwie: jedna z zębami ku górze zwróconymi, druga ku dolowi (obie osadzone na trzonku pod kątem rozwartym). Przy użyciu pił należy zachować pewne ostrożności. I tak: przedewszystkiem doskonale należy zakokainować dane miejsce, gdyż jest to metoda bardzo bolesna i to stanowi główną jéj stronę ujemną. Daléj nie należy piłować, jak to np. widywałem w jednym ze specyjalnych szpitali w Londynie bez uprzedniego przecięcia i odpreparowania błony śluzowéj nad zboczeniem a to aby nie powiększać i tak już bolesnéj operacyi, nie powodować przez to zazwyczaj dość obfitego krwawienia, a co ważniejsza, nie wywoływać zgorzeli poszarpanych cząstek błony śluzowéj, co acz rzadko, jednak zdarzyć się może. Daléj piłę należy trzymać prosto, nie zbaczając na prawo lub lewo, piłować tylko chrząstkę lub kość, jednę połowę z góry, drugą z dołu, aż do zetknięcia się obu przepiłowanych części. Użycie w ten sposób 2 pił ma to do siebie przedewszystkiem, że uniknąć możemy zranienia części zdrowych.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Również niezbyt pomyślną dla teoryi Ammona była praca Vossiusa (*Arch. f. Ophthalm.* XXIX, 4), w której udowadnia przypuszczenie, że u płodu gałka okręca się do koła osi ku zewnątrz o 90°. Jeśli tak jest w istocie, a prawidłowa szpara u dorosłych koniecznie powstawać ma ze szpary zapłodkowéj, najpospolitszym dla dorosłych byłby kierunek szpary ku zewnątrz. Wiemy dobrze, że tak nie jest, pozostawałoby chyba przypuścić, że w przypadkach tych gałka wcale się nie okręca, lecz w takim razie mielibyśmy zupełnie zmieniony kierunek naczyń siatkówki, o którym wszakże nic dotąd nie wiemy. Co prawda, pracy Vossiusa nikt dotąd nie stwierdził, przeciwnie Picqué w swem dziele (*Maladies de développement et maladies congénitales du globe de l'oeil. Thèse de Paris* 1886) zaprzecza wynikom pracy Vossiusa.

Wreszcie teoryję Ammona najbardziéj zachwiać mogły przypadki nieprawidłowéj szpary tęczówki. W obronie jéj jednak gorliwie wystąpił Manz, a w tym celu odrazu zaczął odróżniać szpary prawidłowe (tj. dolnego wycinka) od nieprawidłowych. Już Ammonowi nie były obcemi przypadki nietypowéj, nieprawidłowéj szpary w tęczówce, wytłumaczył on je jednak w ten sposób, że u płodu istnieć mogą dwie szpary, z tych jedna prawidłowa, druga patologiczna; pierwsza następnie może zarosnąć, druga przeciwnie pozostaje i staje się przyczyną powstawania szpary w nieprawidłowem, że tak powiemy, miejscu. Do podobnego mniemania upoważnić mogła Ammmona poniekąd okoliczność, że razu jednego spostrzegał u kurczęcia dwie szpary, z których dodatkowa była skierowaną ku górze. Streszczając opis przypadków Mittelstädta (*Jahresber. pro* 1880, str. 205) Manz robi uwagę, że szpary prawidłowe w tęczówce powstać mogą wskutek nieprawidłowego rozwoju tęczówki w okresie, gdy szpara płodowa już oddawna zarosła. Zmiany mogą być zapalne, szczególniéj zaś zdaniem jego nieprawidłowy rozwój lub zanik błony źrenicznéj mogą być tego powodem. Makrocki odrzuca teoryję Ammona pochodzenia szpar nieprawidłowych tęczówki od „chorobowych" szpar płodowych i słusznie twierdzi, że niepodobna dowieść nieprawidłowej pozycyi w płodzie. Z powodu przypadków Makrockiego i Magnusa, Manz (*Jahresbericht pro* 1884, str. 284) również powtarza, że nie wszystkie szpary oka, a w części tęczówki muszą mieć koniecznie styczność ze szparą płodową. — Na zjeździe w Strasburgu w r. 1884 Manz wyraźniej wypowiedział, zdanie że należy odróżniać typowe szpary tęczówki (w obrębie wycinka dolnego położone) od nietypowych, położonych w innych wycinkach. Myśl tę rozwinął bardziéj jeszcze na VII-ym międzynarodowym kongresie oftalmologów w r. 1888. (*VII Intern. Ophthalm.-Congress. Bericht v. Otto Becker und W. Hess.* Wiessbaden 1888).

Dawniéj starał się on bronić teoryi powstrzymanego rozwoju utrzymywał mianowicie, że nieprawidłowy rozwój lub też przetrwanie łodygi, jak się wyraża, ciała szklanego u płodu przeszkadza zamknięciu szpary, lub też opróżnia je do okresów późniejszych, a wskutek tego powstaje szpara typowa dolnego wycinka. Ostrzega w tym odczycie przed teoryją zapalnego pochodzenia wad rozwojowych oka, dla szpar zaś soczewki i powieki wprost jéj zaprzecza. W swoim też przypadku nieprawidłowéj szpary zwykłych zmian zapalnych wcale nie znalazł. „Jeśli", mówi on daléj (str. 466), „zwrócimy uwagę na podwójny zawiązek tęczówki — na listek siatkówkowy i naczyniówkowy — to właściwie w ostatnim przyznać musimy podstawę, z której wyrasta przednia część tęczówki, przyczem przyjmuje udział również błona źreniczna. Łatwo się też rozumie, że z zanikłéj naczyniówki powstać może tylko nędzna, przedziurawiona tęczówka — takie więc braki tęczówki nie mają nic wspólnego ze szparą płodową i można nazwać je fałszywemi szparami (*pseudocoloboma*).

Bock nie przyznaje w swym przypadku rozwoju wstrzymanego w obrębie szpary oka, natomiast utrzymuje, że w pewnych warunkach może się nie rozwinąć cały wycinek tęczówki, że w tym razie odgrywa rolę jako przyczyna nieprawidłowy stosunek błony źrenicznéj, który zresztą bliżéj określić się nie da, jakkolwiek przypuścić należy zmiany odżywiania w obrębie pewnych dzielnic naczyniowych.

De Lapersonne zwraca uwagę na okoliczność, że tęczówka powstaje wtedy dopiero, gdy szpara płodowa jest już oddawna zamkniętą, tak więc późniejsza szpara tęczówki nie da się jakoby od płodowéj wyprowadzić. — Zdaniem jego szpara powstaje w miejscu niedostatecznie odżywianem, wskutek zapalenia naczyniówki. Dowodzą téj niedostateczności, zdaniem jego, plamy na rogówce spostrzegane w jego przypadku, jak również przy szparach w obrębie dolnego wycinka (niech mi wolno będzie dodać, że plamy te do bardzo rzadkich zjawisk należą).

Plange słuszną robi uwagę, że okręcanie gałki dokoła osi wytłumaczyć by mogło tylko powstawanie szpary ku zewnątrz. Teoryja Deutschmanna mało mu się również przydała, gdyż z znanych mu spostrzeżeń zmiany zapalne znalazł tylko w przypadku Bocka; daléj słusznie utrzymuje on, że zapalenie, gdyby w istocie miało miejsce, pozostawiłoby po sobie daleko większe ślady. Za przykładem Manza Plange odróżnia typowe, prawdziwe szpary dolnego (względnie dolnego i wewnętrznego) wycinka od nietypowych, fałszywych szpar, za przykładem zaś Bocka, przyznaje błonie źrenicznéj wybitną rolę w powstawaniu wady. Utrzymuje mianowicie, że w 50% znanych mu przypadków szpary nieprawidłowéj spostrzegano jéj resztki, gdy w przypadkach prawidłowéj szpary resztki jéj należą do rzadkich wyjątków. Twierdzenie jego ma udowodnić następujący zarys topografii przedniéj części zapłodka, skreślony jakoby w chwili początku rozwoju tęczówki. W chwili, gdy tęczówka zaczyna wyrastać z brzegu przedniego następczego pęcherzyka ocznego, brzeg ten odpowiada równikowi soczewki. Tęczówka rośnie daléj, jednocześnie z przedniego brzegu pęcherzyka i z położonéj ku przodowi od tegoż części płytek główkowych (*Kopfplatten*), za współudziałem części obwodowych przedniéj połowy torebki naczyniowéj soczewki. Wsuwając się pomiędzy rogówkę a soczewkę, wyrastająca tęczówka podnosi przednią torebkę naczyniową, wskutek czego następuje podział jéj na właściwą błonę źreniczną (*m. pupillaris*) i torebkowo-źreniczną (*m. capsulo-pupillaris*). „Jeśli przypuścimy, że w przedniéj połowie torebki tęczówka napotyka szczególny opór, który staje na zawadzie prawidłowemu jéj wyrastaniu, związek pomiędzy wadą w błonie źrenicznéj a wadą w tęczówce znajduje etyjologiczne wyjaśnienie. Opór po-

dobny stanowić mogą nieprawidłowo rozwinięte naczynia, jakoteż zrośnięcia torebki naczyniowéj z torebką soczewki. O pierwszéj okoliczności stanowić mogą spostrzegane resztki włókien, o drugiéj spostrzegane również złogi na przedniéj torebce" (str. 204). Opisanéj przez Manza cienkości naczyniówki Plange podrzędniejsze przyznaje znaczenie. — Przeciwko faktowi, że przy przetrwaniu błony tak dalece rzadko napotykano boczne szpary, Plange przytacza, że najpierw zmiany w błonie źrenicznéj mogą być o tyle nieznaczne, że nie stanowią jeszcze przeszkody w wyrastaniu tęczówki; daléj przetrwanie błony może jakoby pochodzić wskutek niedostatecznego jéj wchłonięcia, które to, zdaniem jego, rozpoczyna się wtedy dopiero, gdy tęczówka już oddawna istnieje. Teoryja ta w istocie łatwo tłumaczy powstawanie szpar nieprawidłowych niezależnie od miejsca. Plange przypuszcza nawet, że, prócz typowéj dolnéj szpary, gdyby udało się zawsze znaleść stosunek do resztek błony źrenicznéj, dla wszystkich innych potworności tęczówki moglibyśmy poprzestać na jednéj teoryi, która nie uwzględniając wcale stosunków w szparze płodowéj, szukałaby oparcia się w stosunkach w błonie źrenicznéj zachodzących.

W pracy niniejszéj przytoczyliśmy stosunkowo znacznie więcéj niż w poprzednich ilość przypadków, wyniki więc otrzymane donioślejsze będą miały znaczenie.

Dla wytłomaczenia powstawania szpary nieprawidłowéj tęczówki mamy: 1. Teoryję zapalną; 2. Teoryję okręcania się u płodu gałki dokoła osi i w końcu 3. Znowuż powstrzymany lub właściwie wprost nieprawidłowy rozwój oka u zapłodka.

1. Nad teoryją zapalną przejdziemy prędko do porządku dziennego, gdyż z pomiędzy 28 przypadków tylko w dwóch znajdujemy wzmiankę o znaczniejszych zmianach zapalnych w oku — w przypadku Bocka w naczyniówce i ciele szklanem i barwikowe złogi na torebce soczewki; w przypadku De Lapersonne: w naczyniówce i rogówce, w okolicy zbliżonéj do szpary nieprawidłowéj. Zmiany te spostrzegano w częściach o tyle od tęczówki oddalonych, że bezwarunkowo nie mogły one sprowadzić w niéj zmian tak dalece znacznych, by powstały aż zupełne, dość znaczne szpary.

2. Z wyników badań Vossiusa nad okręcaniem się gałki u płodu, moglibyśmy przypuścić, że w prawidłowem miejscu powstała szpara następnie wskutek okręcania się gałki ku zewnątrz, zajęła wycinek dolny i zewnętrzny lub zewnętrzny. Lecz w takim razie moglibyśmy wytłomaczyć powstawanie wady tylko w 7 przypadkach — w 2 ku zewnątrz i ku dołowi, w 6 wprost ku zewnątrz, pozostałych zaś 20 przypadków nie mielibiśmy żadnéj możności wytłomaczyć.

3. Pozostaje więc szukać wytłomaczenia powstawania wady w nieprawidłowym rozwoju oka u płodu. Plange stanowczo przyznaje rolę wybitną w sprawie powstawania szpary nieprawidłowéj w tęczówce błonie źrenicznéj, rozwija więc daléj przypuszczenie, początkowo przez Manza wypowiedziane. Lecz najpierw jakież to były resztki błony źrenicznéj jednocześnie z wadą spostrzegane? W przypadku Bocka mieliśmy tylko złogi barwikowe na przednich torebkach, w których, w obec braku właściwych włókien, trudno przyznać resztki błony źrenicznéj. W przypadkach zaś Schiess-Gemuseusa i Plangego resztki te były bardzo nieznaczne. Daléj w żadnym z przypadków, które w pracy niniejszéj dodałem, resztek błony źrenicznéj wcale nie było[1]), a więc z pomiędzy 28 zupełnie podobnych do siebie przypadków, mniéj lub więcéj wyraźne (chociaż bynajmniéj nie znaczne) resztki błony źrenicznéj spostrzegliśmy tylko w dwóch — okoliczność, która chyba nie upoważnia do przyznania resztkom tym wybitnéj roli w postawaniu wady. O wiele jest ważniejszym fakt przez Manza anatomicznie dowiedziony, mianowicie cienkość naczyniówki w jego przypadku.

Już niejednokrotnie opisując przypadki wad rozwojowych oka, starałem się wytłumaczyć je za pomocą wyników, jakie otrzymałem, badając rozwój oka u płodu. Przytaczam przeto te dane dla tęczówki nieco obszerniéj z pracy, którą ogłosiłem w języku rosyjskim w Kijowie w r. 1877, pod tytułem: Przyczynek do nauki rozwoju oka. Niektóre wyniki stwierdzili późniéj Lieberkühn, Hans Virchow, Königstein i inni.

Po odszuurowaniu soczewki, w okresie gdy pozostaje w niéj jeszcze dość znaczna próżnia, otacza się już dokoła siatka naczyniowa. Łatwo się przekonać, że od części jéj tylnéj ku przodowi udają się naczynia, które okalając następnie brzeg przedni pęcherzyka ocznego, łączą się z układem naczyniowym, który otacza z zewnątrz wtóry pęcherzyk oczny. Gałęzie znów naczyniowe, znajdujące się ku przodowi od soczewki, pozostają przeważnie w połączeniu z okrągowem naczyniem, położonem obok samego brzegu pęcherzyka ocznego. W tym samym okresie przypada początek wyróżniania torebki soczewkowéj. ciała szklanego i rozwoju tęczówki. Od naczyń, znajdujących się ku przodowi od soczewki, również liczne gałęzie skierowują się ku tyłowi, wzdłuż brzegu pęcherzyka wtórnego. (Dok. nast.)

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8.)

Stosownie do okresu ciałka czerwone jużto są jeszcze prawie niezmienione i łatwo jako takie dają się rozpoznać, jużto kontury ich stają się niewyraźne tak, że mamy tylko przed sobą masę nierównoziarnistą, w któréj z trudnością możemy jeszcze gdzieniegdzie odkryć ciałko czerwone. Na licznych miejscach możemy daléj widzieć siatkę hemoglobinową, a w otoczeniu naczyń i chromatynową. Tylko gdzieniegdzie spotykamy ciałka czerwone z jądrami lub małe wolne ziarna chromatynowe. Jedynie w warstwach obwodowych takiéj trąbki spotykamy wśród resztek prawidłowego utkania mniéj lub więcéj silnie rozwiniętą tkankę granulacyjną z mniejszemi gruzełkami serowatemi, a bardzo licznemi i szerokiemi naczyniami krwionośnemi. Tutaj możemy daléj spostrzegać wszystkie fazy przemian progresywnych w ciałkach czerwonych aż do wytworzenia tkanki łącznéj i jednolitéj zmiany, które przedstawiłem przy marskości wątroby.

d) Gruźlica wątroby (Tuberculosis hepatis).

Gruźlica wątroby, jak to już Arnold wykazał, należy do najczęstszych powikłań gruźlicy w innych narządach, a mianowicie w płucach. Gruzełki są tu bardzo różne. Mię-

[1]) Mooren w drugiem spostrzeżeniu swojem przypuszcza również przetrwanie błony źrenicznej, lecz opis jego jest za krótki, byśmy się ze zdaniem jego zgodzić mogli, zwłaszcza że resztki te znajdowały się w środkowym pasie tęczówki.

dzy innymi gruzełki złożone z samych pseudokanalików szczególnie zasługują na uwagę. Gruzełków prosówkowych takich, jak je Baumgarten przedstawił, nie widziałem nigdy ani u ludzi ani u zwierząt. O gruzełkach prosówkowych, złożonych z samych komórek limfatycznych, wspominają różni autorowie, i takowe faktycznie należę do bardzo częstych, jakkolwiek Baumgartem twierdzi, że to już jest drugi okres jego epitelijoidowego gruzełka. O tych gruzełkach zatem, jako dobrze znanych, nie mam co mówić. Jedna postać gruzełka jednak na szczególną zasługuje uwagę. Są to gruzełki prosówkowe i ich skupiny, t. zw. zserowaciałe w częściach środkowych. Na preparatach z rozczynem Fleminga te masy serowate miejscami bardzo silnie barwią się safraniną i gencyjaną, miejscami zaś okazują barwę żółto-zielonawą. Przy silniejszem powiększeniu widzimy owe masy barwiące się safraniną jako konglomerat samych płytek i ziarenek pozabarwianych na kształt jąderek wielojądrowych leukocytów, masy zaś nie barwiące się safraniną są tylko ciałkami czerwonemi, w których istota barwiąca nagromadziła się na obwodzie i utworzyła przez to siatkę, któréj oczka stanowią odbarwione ciałka czerwone. W innych gruzełkach widzimy ciałka prawidłowo zabarwione i spływające miejscami w jednolite masy poprzerywane zygzakowatemi próżnemi szparami, obraz zupełnie identyczny z tym, jaki często można zauważyć w świeżéj krwi między dwoma szkiełkami. Na preparatach alkoholowych owe masy nibyto serowate barwią się bardzo silnie żółto pikrokarminem, a w barwionych metodą Weigerta część tych mas daje reakcyję włóknikową, Rozumie się samo przez się, że nie we wszystkich gruzełkach obraz jest jeden i ten sam. W wielu z nich ciałka czerwone rozpadły się już w ziarnistą masę, w któréj już nie widać konturów ciałek czerwonych. Ilość prątków gruźliczych wśród takich gruzełków jest różna, a najczęściéj znajdujemy je w komórkach olbrzymich, bo i te dosyć często tu napotykamy. Na obwodzie tych mas serowatych znajdujemy niekiedy jądra leukocytów lub nieco większe. Nie są one jednak koniecznym składnikiem i często te masy serowate otoczone są szerokiem pasmem tkanki jednolitéj z włókienkami ziarnistemi tkanki takiéj saméj jak ta, którąśmy często spotykali w marskości wątroby, gdzie to istota barwiąca ciałek czerwonych tworzyła siatkę ziarnistą i obejmowała w swych podłużnych oczkach odbarwione i spływające w istotę jednolitą ciałka czerwone.

Spotykałem daléj gruzełki złożone na pozór z samych leukocytów. Badając bliżéj te leukocyty, widzimy między niemi ciałka czerwone, w których często znajdują się ziarenka chromatynowe. Takie gruzełki nie mają obwódki z tkanki łącznéj. Nigdzie nie spotkałem ani śladu proliferacyi składników stałych. Zwłaszcza komórki wątrobowe w otoczeniu gruzełka okazują tylko zanik i rozpad kropelki tłuszczu (czarno zabarwione na preparatach z rozczynu Fleminga).

Na tem kończę opis przypadków gruźlicy. Wszystkie inne, jakie badałem, przedstawiały obrazy zupełnie identyczne. Różnice były tylko ilościowe.

Jak wynika z powyższych spostrzeżeń, sprawa gruźlicza nie składa się z procesu nowotwórczego (gruzełek) w ścisłem tego słowa znaczeniu i zapalenia (Baumgarten). Różnice, jakie nam jego objawy anatomiczne przedstawiają, są bardzo liczne, wszystkie jednak można sprowadzić, że tak powiem, do wspólnego mianownika, a tym jest dyjapedeza ciałek czerwonych z naczyń krwionośnych. Zmiany następowe tych składników krwi wynaczynionych zależą przedewszystkiem od zaburzeń w krążeniu, a tem samem i odżywienie tak ciałek samych, jakoteż tkanki, w któréj zostały ułożone, zależeć będą jednem słowem od ilości i jakości soków odżywczych, od wymiany materyi z otoczeniem. Pod tym względem będą ważnemi ilość ciałek czerwonych, rozległość zajęta przez nie w pewnym narządzie, szybkość, z jaką ta dyjapedeza się odbywa, własności anatomiczne i fizyjologiczne narządu lub tkanki, siedziby dyjapedezy, a wreszcie i ilość prątków gruźliczych, jako też ich lokalizacyja, wszystko to kwestyje, które potrzebują jeszcze bliższego zbadania.

Cała zgubność sprawy gruźliczéj polega w tych przemianach wstecznych ciałek czerwonych, w ostatecznéj ich nekrozie wraz ze składnikami tkanki, która jest ich siedzibą. Najrozleglejsze i najszybciéj przebiegające zniszczenia tkanek mają właśnie wtedy miejsce, gdy dyjapedeza ciałek czerwonych odbywa się szybko i z wielu naraz naczyń (n. p. podstawa wrzodów w błonie śluzowéj macicy, gdzie nie spotkaliśmy ani śladu gruzełków). W tych przypadkach, gdzie ta dyjapedeza jest ograniczona na pewne małe punkta, gdzie się odbywa powolnie, gdzie ciałka czerwone nie znajdą się natychmiast odcięte od wymiany materyi z otoczeniem, wtedy tylko przychodzi do przemian progresywnych w tych ciałkach, których wyrazem jest wytwarzanie istoty chromatycznéj dla komórek i istoty międzykomórkowéj. W gruzełku prosówkowym limfatycznym lub epitelijoidowym objawia się dążność tych ciałek do wytworzenia tkanki definitywnéj na wzór sprawy przewlekle zapalnéj. I faktycznie nieraz spotykamy prosówkowe ogniska tkanki łącznéj. Ta sprawa względnie zbawienna dla ustroju ulega różnym zboczeniom. W otoczeniu gruzełka przychodzi do wytworzenia nowych gruzełków i ognisk odrazu serowatych, które sprowadzają nowe zaburzenia w odżywianiu gruzełka, który ostatecznie także musi uledz nekrozie i zginąć wśród mas serowatych. Gruzełki prosówkowe limfatyczne lub epitelijoidowe nie stanowią jedynéj postaci sprawy gruźliczéj. Widzieliśmy gruzełki prosówkowe, które nigdy innemi nie były jak serowatemi, w których nigdy nie było ani komórek epitelijoidowych ani limfatycznych. Były to konglomeraty ciałek czerwonych uległe odrazu nekrozie, lub w których, co najwyżéj, jako wyraz przemiany postępowéj przyszło do wytworzenia niewyraźnéj siatki hemoglobinowéj lub istoty chromatycznéj w postaci włóknika.

Czy wobec tego możemy w gruzełku Baumgartena widzieć niezbędny i charakterystyczny objaw sprawy gruźliczéj? Bynajmniéj. Jest ono częstem zjawiskiem ale wcale niekoniecznem, a co dla jakiéjś sprawy chorobowéj nie jest koniecznem, nie może być dla niéj charakterystycznem. — Chory, któryby miał same gruzełki Baumgartena, mógłby się mieć może bardzo dobrze.

Piętnem sprawy gruźliczéj są według powyższych poszukiwań zmiany wsteczne na ciałkach czerwonych wynaczynionych *en masse* do różnych narządów i tkanin.

Dalsze uwagi nad tym przedmiotem w uwagach ogólnych nad sprawą zapalną.

V) Zapalenia włóknikowe i włóknikowo-dyfterytyczne.

Za przedmiot badania służyły mi różne narządy zajęte zapaleniem krupowo-dyfterytycznym, jak migdałki i nagłośnia (*epiglottis*), jak również błony rzekome włóknikowe przy zapaleniu różnych błon surowiczych.

a) *Tonsillitis pseudomembranacea.*

Obraz mikroskopowy błon rzekomych, pokrywających migdałki, jest zazwyczaj następujący:

Główna masa tych błon różnéj grubości składa się z samych włókien w pewnych razach bardzo grubych, w innych nadzwyczaj delikatnych w najrozmaitszy sposób posplatanych z sobą w siatkę o oczkach małych zaledwie widzial-

nych albo też nieraz dosyć wielkich. Włókna tej siatki zazwyczaj barwią się bardzo silnie safraniną. Zamiast siatki spotykamy miejscami same składniki okrągłe lub okrągławe, jednolite silnie zabarwione safraniną i tak gęsto ułożone obok siebie, że trudno nieraz widzieć bezbarwne między niemi odstępy. Te składniki zlewają się z sobą w licznych miejscach, tworząc różnie długie beleczki, których grubość odpowiada zazwyczaj owym składnikom okrągłym. Przez to spływanie tych składników w beleczki nastaje powoli przejście w ową wyżéj wspomnianą siatkę silnie zabarwioną przez safraninę. Na preparatach niebarwionych owa siatka i składniki okrągławe, które jéj przez spływanie w beleczki dają początek, są delikatnie ziarniste i mają charakterystyczną barwę ciałek czerwonych, t. j. żółto-zielonawą. Nie ulega też najmniejszéj wątpliwości, że są to ciałka czerwone, które przez spływanie z sobą tworzą owe grube beleczki błony rzekoméj. Preparaty, pochodzące z rozczynu Fleminga, nie dopuszczają żadnéj pod tym względem wątpliwości. W powierzchownych naczyniach migdałków spotykamy obraz zupełnie ten sam. W pewnéj większéj lub mniejszéj części naczynia znajdujemy zamiast ciałek prawidłowych owe żółtozielonawe beleczki.

W tych miejscach, gdzie owa siatka, zazwyczaj grubowłóknista, przechodzi w włókienka delikatniejsze o oczkach większych, znajdujemy większą ilość składników komórkowych o jądrach zaledwie widzialnych w postaci małych ziarenek chromatynowych lub odpowiadających jedno lub więcéj jądrowym leukocytom, obraz zupełnie identyczny z tym, jaki kilkakrotnie poprzednio przedstawiłem w krwi, która daje początek leukocytom.

Takie błony rzekome, pokrywające migdałki, zapuszczają liczne korzenie i do wnętrza gruczołu wzdłuż t. zw. lakun. Te wypustki już makroskopowo widoczne mają te same własności histologiczne jak i cała błona rzekoma, któréj one są niejako dalszym ciągiem. Ale i niezależnie od zmian na powierzchni znajdujemy w głębszych warstwach migdałka różnie wielkie owalne i nieregularne ogniska krwotokowe, w których znajdujemy wszystkie te zmiany, co i w błonie rzekoméj powierzchownéj: siatkę grubo i delikatnie włóknistą, ciałka czerwone z ziarnami istoty chromatycznéj i wykształcone już leukocyty; wszystkie te zmiany w różnych ogniskach w różnym ilościowym stosunku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Dok. Patrz Nr. 11.)

Choroba Basedowa.

O ile w padaczce i chorobie P a r k i n s o n a nic nie może zdziałać elektryczność statyczna, o tyle jest ona bardzo dzielnym środkiem w chorobie B a s e d o w a, szczególnie w połączeniu z galwanizowaniem. Stosuje się ją jako ogólną franklinizacyję, z przeważnem uwzględnieniem szyi, gdzie się używa strumienia wielokrotnego. Ogólna zasada ta sama, co przy histeryi, należy się strzec z początku zbyt silnego i długiego postępowania. Przy tym zabiegu można już w krótkim czasie zauważyć obniżenie wrażliwości, uspokojenie, oraz zwolnienie tętna. Struma łatwiéj ustępuje przy galwanizowaniu, najlepiéj więc łączyć oba te sposoby.

Bóle nerwowe.

Jest rzeczą jasną, że przedewszystkiem należy sobie zadawać pytanie, czy nerwoból jest samoistny, czy też posiada głębszą przyczynę w innéj chorobie, jak n. p. w wiądzie rdzenia pacierzowego, zatruciu ołowiem itd. W tych razach elektryczność statyczna sama przez się nie wystarcza. Wogóle należy wyznać, że o wiele pewniejsze i trwalsze wyniki osiąga się przez galwanizowanie, aniżeli przez franklinizowanie. Mimo to, sposób ostatni nie jest bez wartości. W trzech przypadkach nerwicy, a mianowicie dwóch n a d o c z o d o ł o w é j a jednéj p o d o c z o d o ł o w é j, która to ostatnia wystąpiła po influency, uzyskałem zupełne wyzdrowienie przez stosowanie strumienia, a następnie słabych iskier. We wszystkich przypadkach elektrodę łączyłem z biegunem dodatnim, a nie jak, niektórzy n. p. S p e r l i n g radzą, z ujemnym i elektryzowałem dłużéj, bo do 15 min. Wyleczenie nastąpiło w trzech przypadkach po 15—25 posiedzeniach, galwanizowanie zaś nie przynosiło poprzednio pożądanego wyniku. W większości jednak przypadków rzecz się ma odwrotnie.

W n e r w i c y k u l s z o w é j (*Ischias*) można stosować iskry o wiele silniejsze, a wreszcie i ciemne wyładowanie wzdłuż nerwu kulszowego, zatrzymując się dłużéj na punktach bolesnych.

Porażenia nerwów.

Wdzięczne pole otwiera się dla elektryczności statycznéj w leczeniu porażeń nerwów obwodowych, a mianowicie reumatycznych. Do tych przedewszystkiem zaliczyć należy porażenia n e r w u t w a r z o w e g o, gdzie, jak to już poprzednio nadmieniłem, elektryczność statyczna zdaje się mieć pierwszeństwo przed innemi metodami. Stosuje się ją w postaci strumienia pojedynczego lub wielokrotnego, a następnie w postaci iskier. Chorego stawia się na odosobniaczu połączonym z biegunem ujemnym, dodatni zaś łączy się z elektrodą. Poniżéj podaję w krótkości historyje 3 chorych, przedstawionych przezemnie na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego. Mamy tutaj wszystkie trzy postacie porażenia nerwu twarzowego, od najlżejszéj do najcięższéj, idąc za podziałem podanym przez E r b a.

F. K., sufler teatralny, lat 36. Dnia 20/3 1890 zawiało go nader silnie w kawiarni, poczem natychmiast nastąpiło porażenie prawéj połowy twarzy, trudność w jedzeniu i mówieniu. Był parę razy galwanizowany i jak utrzymuje, stan się pogorszył. Przybył do mnie dn. 26/3. Stwierdziłem porażenie wszystkich gałązek prawego nerwu twarzowego lekkiego stopnia bez żadnych zmian w pobudliwości elektrycznéj. Stosowałem strumień pojedynczy i wielokrotny, za pierwszym razem nader krótko (3 min.) i łagodnie, chory bowiem był bardzo wrażliwy i obawiał się zabiegów elektrycznych. Mimo to zaraz po elektryzowaniu wystąpiło polepszenie, oko przedtem wciąż otwarte zamykało się dokładnie. Po 3 posiedzeniach zupełne wyzdrowienie.

M. Cz., lat 17, służąca. Przybyła do mnie do Lecznicy powszechnéj dn. 10/3 1890. Przed 3–4 tygodniami myła podłogę w korytarzu podczas zimna i przeciągu. Pod wieczór uczuła, że nie może dobrze mówić i jeść, ani też oka zamykać; mimo to tak długi czas się nie radziła, dopóki cierpienie znacznie się nie pogorszyło. Porażenie wszystkich gałązek nerwu twarzowego lewego. *Lagophtalmus.* Silny nieżyt spojówki. Częściowa reakcyja zwyrodnienia. Postać średnia według E r b a. Używałem początkowo strumienia pojedynczego i wielokrotnego, następnie zaś iskier przy pomocy palca. Po 4 posiedzeniach bardzo znaczna poprawa, po 19 dniach zaś zupełne wyleczenie. Chora ta zdradzała później inne objawy, mianowicie: a s t a z y j e i a b a z y j e, o których poprzednio już nadmieniałem.

J. K., ekspres, lat 42. Zgłosił się do Lecznicy powszechnéj d. 24/2 1890 r. Od 4 tygodni cierpi na porażenie twarzy, wrzekomo wskutek przeciągu. Porażone wszystkie gałązki nerwu twarzowego prawego. Silny *lagophtalmus.* Żucie i mowa nader upośledzone. Po 6 elektryzowaniach w opisany sposób znaczne polepszenie. Oko domyka się, żucie i mówienie łatwiejsze. Chory usunął się wtedy z pod leczenia. Po dwóch tygodniach powrócił. Stan znów był taki sam jak z początku. Po 3 tygodniach nastąpiła ulga jak i poprzednio. Przestał więc przychodzić do elektryzowania. Zgłosił się ponownie dn. 26/4 ze znacznem pogorszeniem.

Przytoczyłem te trzy przypadki, ilustrują one bowiem bardzo dobrze sprawę. Co do pierwszego, gdzie była lekka postać, mógłby ktoś zarzucić, że wyzdrowienie byłoby i bez elektryzowania tak samo nastąpiło. Trudno to jednak w tym razie przypuścić, nastąpiło bowiem w zanadto krótkim cza-

sie, a galwanizowanie byłoby tem łatwiéj usunęło chorobę, rzecz jednak miała się przeciwnie.

Drugi przypadek jeszcze wymowniéj świadczy o zbawiennym wpływie elektryczności statycznéj. Przy galwanizowaniu ustępują średnie postacie w ciągu najmniéj 6 tygodni, tu zaś wyleczenie zupełne nastąpiło w niespełna 3 tygodnie.

W trzecim przypadku bardzo jasne wyniki, mianowicie polepszenie w bardzo krótkim czasie, skoro była stosowana statyczna elektryczność, pogorszenie zaś po zaniechaniu téjże. Tu już chyba nikt się nie odważy odmawiać wpływu franklinizacyi.

Oprócz tych leczyłem jeszcze 7 przypadków porażenia nerwu twarzowego wyłącznie franklinizacyją, a mianowicie 4 postacie lekkie, które ustąpiły po 10—14 dniach, i 3 średnie — w przeciągu 3—6 tygodni. W każdym razie skutek nie daje długo na siebie czekać, bo już nieraz po pierwszem elektryzowaniu można natychmiast stwierdzić polepszenie, jak n. p. domykanie powiek.

Czemu przypisać należy to działanie elektryczności statycznéj już poprzednio wyjawiłem moje przypuszczenie, mianowicie, że prawdopodobnie wpływ ozonu w grę wchodzi. Czy przypuszczenie me słuszne, wymaga jeszcze stwierdzenia.

W porażeniach innych nerwów, n. p. *n. ulnaris, radialis, medianus* itd. można stosować silne iskry, oraz ciemne wyładowanie z pomyślnym wynikiem.

Co do badania reakcyi zwyrodnienia przy pomocy elektryczności statycznéj i wyników, tegoż nadmieniłem już poprzednio o próbach w tym kierunku; dodać tylko wypada, że nie można jeszcze nic pewnego twierdzić, gdyż modyfikowanie prądu jest niedostateczne. Odległość przewodników oblicza się w przyrządach obecnie używanych na centimetry, ponieważ brak dokładniejszego podziału, a iskry też nie zawsze są równéj siły, przeto o ścisłości mowy być nie może.

Podrażnienia nerwów.

Kurcze, czy to drgawkowe, czy tężcowe w zakresie poszczególnych nerwów były często przedmiotem leczenia zapomocą franklinizacyi. B e n e d i k t używał z dobrym wynikiem strumienia przy uporczywych postaciach s z c z ę k o - ś c i s k u (*trismus*). Podobny sposób stosowano też w kurczach mięśni twarzy (*tic. convulsif*), szyi (*torticollis spastica, caput obsticum*) itd. z różnym wynikiem. Tak franklinizacyja, jak i inne metody dają rozmaite rezultaty, choroby te bowiem są przeważnie długotrwałe i nader uporczywe.

Gościec mięśni i stawów.

G o ś c i e c m i ę ś n i o w y można leczyć za pomocą iskier i ciemnego wyładowania z bardzo dobrym skutkiem. Wprawdzie w świeżych przypadkach nie potrzeba się do tego uciekać, mając dzielny środek w kwasie salicylowym, w zastarzałych jednak nic on nie skutkuje i tu otwiera się pole dla elektroterapii. Czy franklinizacyja ma wyższość nad faradyzacyją, trudnoby było na to odpowiedzieć, w każdym razie jednak jest ona też bardzo dobrą drogą prowadzącą do celu i ucieczką, gdy prąd indukcyjny zawiedzie.

W g o ś ć c u s t a w o w y m można stosować elektryczność statyczną tylko co najwyżéj w przewlekłych postaciach, połączonych z zanikiem mięśni i t. d. Trzeba jednak przyznać, że skutki osiągnięte za pomocą jéj nie są zbyt świetne.

Choroby rdzenia.

Nie będę tutaj wyliczał poszczególnych chorób rdzenia jak *myelitis, tabes, sclerosis disseminata* itd. Ogólnie można powiedzieć, że elektryczność statyczna nic prawie w nich zdziałać nie może; stoi o wiele niżéj od galwanicznéj. Można ją stosować tylko w celu usunięcia pewnych objawów, przedewszystkiem tam, gdzie się stosuje faradyzacyję, n. p. w zanikach mięśni, specyjalnego jakiegoś działania jednakże nie wywiera, mimo bardzo dodatnich sprawozdań ze strony francuskich autorów.

O g ó l n e u w a g i.

Ze wszystkiego, cośmy powiedzieli wyżéj, widzimy, że elektryczność statyczna ma dość ciasny zakres działania. — Jest ona przedewszystkiem dzielnym środkiem w ogólnych nerwicach, następnie zaś w obwodowych porażeniach nerwów. W innych chorobach układu nerwowego jest wprawdzie pomocną, niżéj jednak stoi od galwanizmu. W histeryi oprócz rzeczywistego wpływu na układ nerwowy odgrywa też wielką rolę suggestyja. Trudno tutaj wdawać mi się w ocenę wartości leczniczéj i strony etycznéj téjże, zadalekoby nas to zaprowadziło; faktem jest, o czem nikt nie wątpi, że wywiera ona zbawienny wpływ na chorego, a więc zamierzony cel się osiąga. Raz jeszcze muszę się zastrzec, że i czysto przedmiotowo działa elektryczność statyczna w sposób nader dzielny i dla tego też niedowierzanie, z jakiem ją początkowo szczególnie w Niemczech przyjęto, znika coraz to więcéj, nawet jak już wspomniałem, tak zacięci jéj przeciwnicy, jak Benedikt, stali się gorliwymi neofitami.

Mimo to niebrak jednak i obecnie głosów odmawiających jéj wszelkiéj wartości, jak zresztą i innym metodom używanym w elektroterapii.

M o e b i u s (*Schmidts Jahrbücher*, 1889, H. I.) przed krótkim dopiero czasem zaprzeczał jakoby elektroterapija w ogólności miała pozytywną wartość i stawiał ją na równi z homeopatyją. Nie przyznaje on jéj zupełnie fizyjologicznego działania, tylko wpływ wyłącznie psychiczny, a więc przez suggestyję.

Podobne zdanie wypowiada też A l l e n S t a r r z Nowego-Yorku (*Med. New.*, 1889, 30 marca). Uznaje on jedynie tylko kataforetyczne działanie prądów galwanicznych, zresztą wszystko inne nic a nic nie warte. Szczególnie wyrok ten zapadł nad elektrycznością statyczną, któréj zresztą autor sam nie stósował. Elukubracyja ta napotkała na energiczne odpowiedzi ze strony tamtejszych neuropatologów.

Różne są powody podobnych negacyj. Pewien sceptycyzm i niedowierzanie, prowadzące do antagonizmu z elektroterapeutami ujawnia się dość często między fizyjologami. Ci ostatni przywykli do nader ścisłych i subtelnych metod w zakresie fizyjologii nerwów, z ironiją nieraz spoglądają na grube i niedokładne w porównaniu z tamtemi badania neuropatologów, których metody nieraz nawet do pewnego stopnia w sprzeczności stoją z wynikami fizyjologicznemi. Z drugiéj strony neuropatologowie w praktyce lekarskiéj mają sposobność widzieć tak dobre wyniki przy stósowaniu tych metod mało nieraz teoretycznie uzasadnionych, że muszą ich uporczywie bronić. Ta sprzeczka jednak teoryi z praktyką zachodzi też i w innych gałęziach medycyny, eksperyment jednak i przekonanie się osobiste mniéj może nieraz trudne, aniżeli w elektroterapii. Ta właśnie trudność sprawia że mniéj jest takich, którzyby się chcieli sami przekonać, a negacyja z góry zawsze jest rzeczą najłatwiejszą.

Przy tem dziwnie nieprawidłowe pod tym względem stosunki jeszcze panują. Elektroterapija jest nauką czasów najnowszych, szczególnie ścisłe dozowanie prądu jest zdobyczą nieledwie kilku ostatnich lat. O tych jednak zdobyczach lekarze często jeszcze nie chcą wiedzieć. Gdyby ktoś obecnie chciał przeprowadzać hydroterapiję bez termometru, to chybaby tylko ramionami na to z politowaniem wzruszano. Jakże jednak często jeszcze można się spotkać z elektryzowaniem bez galwanometru, rownież niemożliwem podług najnowszych poglądów. Jeśli przy maszynie elektrycznéj jest funkcyjonujący galwanoskop, to już wielki zbytek. Z galwanometrem tylko rzadko poza kołami specyjalistów można się

spotkać. Nie dziw więc, że nietylko w ten sposób nie osiągnie się dobrych wyników, lecz nawet wprost ujemne. Elektryczność, zarówno jak hydroterapija jest bronią obosieczną. Na szczęście, że zdania podobne do tego, które powyżéj przytoczyłem, stają się coraz rzadszemi. Metody elektryzowania prądem stałym i indukcyjnym, ustalone gruntownemi badaniami, doznają coraz mniéj podobnych zaczepek, a jeśli doznają, to tylko ze strony badaczy nader powierzchownych. Mniéj szczęśliwą pod tym względem jest elektryczność statyczna. Brak prawie zupełny fizyjologicznych danych, brak wykształconych i ustalonych metod stosowania, sprawia, że jest ona ograniczoną do bardzo ciasnych kółek specyjalistów, a przesadnie entuzyjastyczne reklamowanie jéj przez niektórych lekarzy, szczególnie francuskich, szkodę jéj tylko przynosi. A jednak ma ona swe bardzo dobre strony. Wykazaliśmy, że w wielu przypadkach, gdzie inne metody zawodzą, ta jest skuteczną, a przedewszystkiem w nerwicach ogólnych, następnie w porażeniach szczególnie nerwu twarzowego ma ona wyższość nad innemi. Stosowanie jéj bez potrzeby obnażania ciała jest też jedną z wielkich jéj zalet. Z tych to powodów, jakkolwiek uważam z wielu względów za niepodobną rzecz prawie, aby elektryczność statyczna rozpowszechniła się na szerokie koła lekarzy praktycznych, z drugiéj strony, mojem zdaniem powinna być stosowana bezwarunkowo w gabinecie każdego elektroterapeuty, jako też i w klinikach. Brak zaś podstawy i wyrobionych metod powinien raczéj wobec dotychczasowych pomyślnych wyników zachęcać do wyrabiania i gruntowania ich, a nie do rzucania z góry nieprzychylnego wyroku, wygodnego może dla osób, lecz dla nauki i postępu szkodliwego.

LITERATURA: Arthuis. Traitement des maladies, des affections rhumatismales et des maladies chroniques par l'électricité statique 1-re éd. 1873. 2 éd. 1877. 3 éd. 1880. Tenże. L'électricité statique et l'hystérie. 1881. Tenże. Electricité statique. Manuel pratique de ses applications médicales. Paris. 1885. — Althaus. Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et á la thérapeutique. 1876. — Ballet et Vigouroux. Progr. méd. 1891. 17. 18. — Bardet. De l'Exposition de l'électricité au point de vue médicale et thérapeutique. 1882. Tenże. Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale. 1884. — Beckensteiner. Etudes sur l'électricité. 1859. — Benedikt. Wiener med. Blätter. 1885. Nr. 35. — Tenże. Internat. klin. Rundschau. 1888. 51. — Bertholon. De l'électricité du corps humain dans l'état de santé et de maladie. 1780. — Bounefoy. De l'application de l'électricité á l'art de guérir. 1782. — Bore. Essai sur l'électricité des corps. 1748. — Cavallo. A complete treatise ou electricity in theory and practice, with original experiments. London. 1777. Tegoż. Traité complet de l'électricité. 1785. Duchenne de Boulogne. De l'électrisation localisée. 1872. — Eulenburg. Ueber allgemeine und lokale Elektrisation mittels hochgespannter Ströme (Franklinisation). Berl. klin. Wochenschrift. 1887. 13. Tenże. Therapeutische Monatshefte. 1887. Nr. 21. — Haën. Ratio medendi in nosocomio practico. 1771. — Jallabert. Expériences sur l'électricité avec quelques conjuctures sur la cause de ses effets. 1748. Tenże. Versuche ueber die Electricität in der Arzneiwissenschaft. Basel. 1750. Lewandowski. Elekthrodiagnostik und Elektrotherapie. Wien. 1887. Tenże i Bielschowsky. Therap. Monatshefte. 1887. — Ladame. Notice historique sur l'électrothérapie. Geneve. 1885. — Marot. Récherches physiques sur l'électricité. 1782. Tenże. Mémoire sur l'électricité médicale. 1783. — Masars de Cazoles. Histoire de cent neuf malades guéris ou soulagés par l'électricité. 1785. — Mascart. Traité d'électricité statique. 1876. — Manduyt. De l'électricité employée comme médicament. 1777. Tenże. Mémoire sur les diverses manières d'électriser. 1778. Tenże. Mémoire sur le traitemat électrique, appliqué a 82 malades. 1779. — Nicolas. L'électricité considérée comme remede. 1782. — Mollet. Récherches sur les causes particulières des phénomènes électriques et sur les effets musible ou avantageux qu'on peut en attendre. 1749. — Onimus. Guide pratique d'électrothérapie. Rédigé par Bonnefoy. 1889. — Pascalis. Memoire sur l'électricité medicale. 1819. — Pierson-Sperling. Lehrbuch der Electrotherapie. 1890. — Rozdestrenski. Neurolog. Centralbl. 1889. Nr. 2. — Russel-Reynolds. Leçons cliniques sur l'électrothérapie, 1874. — Sans. Guérison de la paralysie par l'électricité. 1772. — Sauvages. De hemiplegia per electricitatem curanda. 1749. — Schwanda. Wien. med. Jahrbücher d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 1868. — Siqaud de la Foud. Précis historique et experimental des phénomènes électriques. 1781. — Sperling. Neurol. Centr. Bl. 1889. Nr. 3. — Stein. Allgemeine Electrisation. Halle. 1886. — Thillaye. Essai sur l'emploi médical de l'électricité et du Galvanisme. 1803. — Tripiez. Manuel d'électrotherapie. 1860.

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Libbertz daje w Nrze 11 *Deut. med. Wochenschr.* wyjaśnienie, że przy przyrządzaniu tuberkuliny nie można na pewno uniknąć tego, aby w rzadkich przypadkach nie dostawały się do płynu pojedyncze prątki gruźlicze. Prątki te jednak pod długiem działaniem ciepłoty wrzenia giną i są zupełnie nieszkodliwe. Ponieważ tuberkulinę otrzymuje się z czystych hodowli prątków gruźliczych, przeto nie znachodzą się w niéj inne bakteryje; zarodniki, które przypadkiem dostaną się z powietrza podczas napełniania flaszeczek, a są zazwyczaj niewinne, nie mogą się rozwijać z powodu znacznéj zawartości gliceryny.

Meyer badając pięć flaszeczek limfy znajdował we wszystkich nietylko w osadzie, ale i w górnych warstwach płynu prątki dość liczne, podobnie jak w Kazaniu wykazano istnienie prątków żyjących w środku Kocha. Jednakże M. twierdzi, że prątki w limfie Kocha się znachodzące, nie są żyjące i nie są zdolne do rozwoju. Twierdzenie swoje opiera M. na wynikach z doświadczeń na królikach i świnkach, u których, pomimo że zaszczepiał im przed 5—6 tygodniami limfę do przodkowéj komórki oka, pod skórę lub do żył, nie przyszło dotąd do rozwinięcia się sprawy gruźliczéj. (*Deut. med. Woch.* Nr. 11).

Jasiński donosi o wynikach stosowania środka Kocha u 5 dzieci, cierpiących gruźlicę kości przy braku zmian w wewnętrznych narządach lub skórze. Wstrzykiwania stosowano współdziałające całym aparatem dotychczasowych sposobów leczenia (rękoczyny, wstrzykiwania jodoformu, bals. peruw.). Wyniki są bardzo zachęcające; w 3 przypadkach prawdopodobnie zupełne wyleczenie, w dwóch znaczna poprawa. (*Tamże.*)

Cantieri badał działanie trujące moczu wydzielanego podczas reakcyi po wstrzykiwaniach kochiny. Podczas gdy 20 cm. sześć. moczu normalnego na 1 kg. wagi ciała u królika zaledwie wywołuje objawy intoksykacyi i dopiero przy wstrzyknięciu do żył 60 cm. sz. na 1 kg. wagi następuje śmierć zwierzęcia, to mocz wydzielony w czasie reakcyi już w ilości 8—16 cm. sz. działał zabójczo. Objawy zatrucia okazują się tak jak przy wstrzykiwaniach moczu prawidłowego jako tężcowe napady. Przy sekcyi znajdowano przekrwienie bierne, szczególnie worków surowiczych i skurcz tężcowy lewéj komory serca. Trujące działanie moczu nie było w żadnym stosunku ani do ilości mocznika w nim zawartego, ani do wysokości gorączki reakcyjnéj. *(Gaz. degli ospitali* Nr. 11).

Wyniki spostrzeżeń Brauna w Królewcu są następujące: z 7 przypadków liszaja jeden jest uleczony, w kilku nastąpiła poprawa. W 5 przypadkach gruźlicy stosu kręgowego i miednicy nie było żadnego pomyślnego skutku. Z cierpień stawowych bez przetok przedewszystkiem 4 przypadki *coxitis* znacznéj uległy poprawie (przy równoczesnem stosowaniu ekstenzyi), w kilku przypadkach gruźlicy stawu kolanowego obrzęk pod wpływem środka Kocha się zwiększył. Pomyślne były wyniki stosowania kochiny w tych przypadkach gruźlicy stawów, w których od dłuższego lub krótszego czasu istniały już przetoki. Przetoki te bowiem bardzo szybko się zamykały, a ruchomość stawu stawała się lepszą. Autor w przyszłości nic nie zmieni z dotychczasowego sposobu postępowania wobec chirurgicznych cierpień natury gruźliczéj, a kochiny używać będzie tylko jako środka pomocniczego. *(D. med. Woch.*, Nr. 11*)*.

Tow. lek. wiedeńskie zajmowało się na posiedzeniu dnia 13 b. m. omawianiem metody Kocha. Schnitzler przedstawił przypadek gruźlicy krtani i płuc, w którym z początku nastąpiło wyraźne polepszenie, nawet pozorne wyle-

czenie wrzodów w krtani, później jednak wystąpiły nowe rozliczne erupcyje gruźlicze w miejscach przedtem zdrowych (w połyku i jamie nosopołykowéj). Sch. jest zdania, że kochina wywiera niewątpliwie wpływ na tkankę gruźliczą, wpływ ten jednak nie zawsze jest korzystny.

Następnie przedstawił Kaposi 5 chorych dotkniętych liszajem żracym, a jednę z *lupus erythematodes* — u wszystkich stosowano środek Kocha od 3 miesięcy. W żadnym przypadku nie skonstatowano wyleczenia, w kilku nastąpiło nawet pogorszenie. Twierdzenie Kocha i innych, że limfa działa na tkankę liszajową pewnie, w ogólności się sprawdza; wartość rozpoznawcza środka Kocha jest bez wątpienia niemałą, jakkolwiek według Kaposiego nie należy jéj przeceniać, gdyż wywołuje i wobec innych cierpień ogólną i miejscową reakcyję; wartości rozpoznawczéj jednak w liszaju Kaposi stanowczo zaprzecza.

Neumann, który również przedstawił kilka przypadków liszaja, leczonych w klinice jego za pomocą kochiny, wyraża się o środku tym z rezerwą. Ostatecznego zdania swego o wartości środka nie może jeszcze wypowiedzieć. (*Wien. med. Presse*), Nr. 11).

Urzędowe sprawozdanie *(amtlicher Bericht)* zakładów klinicznych, poliklinicznych, anatomo patologicznych uniwersytetów pruskich o skuteczności środka Kocha w gruźlicy, wydane staraniem ministra Gosslera, ukazało się jako dodatek do *klinisches Jahrbuch*. Zebrano 55 sprawozdań, obejmujących głównie spostrzeżenia do 1 stycznia b. r. Spostrzeżenia świeższe, poczynione od tego czasu nad działaniem środka Kocha są tak ważne, że owemu urzędowemu sprawozdaniu tylko wartość archiwalną przyznać można.

W klinikach i oddziałach szpitala powsz. w Wiedniu przestano stosować limfę Kocha. Prof. Schrötter ma przedłożyć najwyż. Radzie zdrowia bardzo niepochlebne orzeczenie co do limfy Kocha. W klinice Schröttera czynią się od kilkunastu dni doświadczenia z kantarydynianem potasowym — dotąd z wynikiem ujemnym. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Karol Marcinkowski w literaturze i praktyce lekarskiéj.

Praca doktorska: *De fontibus indicationum generatim*. Studyja w Paryżu. Stan nauk lekarskich w ówczesnéj Francyi. Po powrocie do kraju wydane rozprawy: *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel* i *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu*. Praktyka na emigracyi. Niektóre poglądy naukowe w listach wyrażone. Praktyka po powrocie z emigracyi. Sztab lekarski. Podróżowanie konno. Marcinkowski jako dyjagnostyk i terapeuta.

Podał

Dr. J. Zielewicz z Poznania.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

Klinika lekarska nowéj szkoły miała swego przedstawiciela w osobie Chomela, który po śmierci Läenneca właśnie w r. 1830 objął wykłady w Hôtel Dieu. Auskultacyja, perkusyja i dyjagnostyka fizykalna wogóle święciła swoje tryjumfy, oparte na autopsyi i fizyjologicznych badaniach Magendiego, Flourensa, Le Galois i innych. Chirurgiję reprezentował Dupuytren, uczeń Bichata, profesor i operator świetny, dokładny znawca fizyjologii, Richerand, Roux, Lallemand i Malgaigne, który w r. 1831 pospieszył do Warszawy i czynnym był jako operator w armii polskiéj.

Było więc czem zająć sobie czas dwuletniego w Paryżu pobytu, a że go Marcinkowski szczerze wyzyskiwał na korzyść nauki, widać to z każdego listu jego do jenerała Chłapowskiego.

Po powrocie do kraju wziął się Marcinkowski ochoczo do pióra: w ciągu roku 1836 wydał dwie prace, które stanowią literackie żniwo naukowych jego zdobyczy, mianowicie: 1) *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel*, w *Zeitschrift für die gesammte Medizin* itd., Tom I., Hamburg, 1836, str. 289 sequ.; 2) *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna, ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu*. Kraków, 1836, 8 vo, stron 56. Praca ta wyszła również po niemiecku w powyższem czasopiśmie pod tyt.: *Bemerkungen über die Geschichte und Natur des Weichselzopfes mit Bezugnahme auf die Behandlungsweise dieses Phaenomens. Zeitschrift* itd., Tom IV., Hamburg, 1837.

1. Rozprawą o transfuzyi krwi dał Marcinkowski dowód, że znane mu były wszystkie w owym czasie na porządku dziennym fachowéj dyskusyi stojące zagadnienia naukowe, a przedewszystkiem, że obeznany był z fizyjologiją i patologiją doświadczalną, o ile podówczas gałęź ta była uprawiana. Kwestyję transfuzyi niezawodnie poruszył we Francyi Broussais, a fizyjologowie francuzcy gorliwie się zajęli tą sprawą. Mimo to Marcinkowski ubolewa, że ani fizyjologija ani patologija krwi dotychczas nie jest dostatecznie obrobioną, a przyszłość transfuzyi jako środka leczniczego upatruje w tem, że należałoby dążyć do tego, aby całą masę krwi danego indiwiduum kilkakrotnem powtarzaniem transfuzyi zmienić za pomocą krwi obcéj, ale do tego brak nam jeszcze podstawy w doświadczeniu fizyjologicznem. Gdyby się to udało — mówi Marcinkowski — w takim razie za odpowiedni do leczenia tą metodą uważałby cały szereg nietylko chronicznych niemocy, jak *Morbus macul. Werlhofii*, gnilec, ciężkie formy blednicy i t. d., ale nawet ostre choroby, które dziś za infekcyjne uznajemy jak dur, płonicę i inne. Marcinkowski odchodzi czasem nieco od przedmiotu i wtrąca bardzo cenne uwagi treści fizyjologicznéj i eksperymentalnéj, jak gdyby na dowód, że praca jego nie jest kompilacyją znanych już rzeczy, ale że autor nasz samodzielne w téj sprawie umie zająć stanowisko. Co do techniki operacyjnéj przy transfuzyi, oświadcza się Marcinkowski przeciwko Dieffenbachowi i proponuje tylko tyle żyły odsłonić, aby można wprowadzić trójgraniec, obawia się bowiem zapalenia żył (*phlebitis*). Kwestyja techniki daje autorowi naszemu pochop do potrącenia o cholerę, wspomina bowiem, że w kwietniu 1832 r. widział takie powtarzane kilkakrotnie transfuzyje ciepłéj wody, wykonywane w Edinburgu przez Mackintosha przeciwko cholerze. Że Marcinkowski z upodobaniem traktuje kwestyję cholery, rzecz łatwa do zrozumienia — a ustęp o cholerze w niniejszéj pracy jest dla historyi terapii téj choroby nader ważny, porusza bowiem pytania, które jeszcze ostatniemi czasy w literaturze naszéj i niemieckiéj znalazły wyraz, a odnośni autorowie właściwie tylko odświeżali pojęcia, które już Marcinkowskiemu z jego podróży ówczesnych były znane [1]).

Pracę naszego autora o transfuzyi czyta się i dziś jeszcze z przyjemnością — treść jéj świadczy o obszernem oczytaniu i rozległem doświadczeniu praktycznem autora, a forma nader prosta, a jednak nadobna.

2. W pracy o kołtunie Marcinkowski nie miał — jak sam przyznaje — pod ręką starych pisarzy polskich, którzy o téj chorobie pisali (Wojciech Oczko, Syreniusz). Za źródło główne do historyi kołtuna służy mu tylko rozprawa niemiecka Dra Weesego z roku 1827, a sam ubolewa nad tem i twierdzi, że pod tym względem należałoby się jeszcze troskliwiéj rozpatrzeć w pismach polskich pisarzy. Wszelako autorowi naszemu chodzi głównie o zbadanie „okoliczności, pod jakiemi w dniach naszych w Polsce zwijania się włosów napotykamy". W tym celu zastanawia się nad kołtunem jako cierpieniem miejscowem, a następnie nad oznaczeniem miejsca, jakie się téj chorobie w systemie nozologicznym należy.

Występuje energicznie przeciwko zdaniu lekarzy, którzy kołtunowi odmawiają wszelkiego znaczenia patologicznego i uważają go jedynie za wynik niedbalstwa i nieporządku. Dzieli kołtun na „fałszywy" i „prawdziwy", tudzież kołtun już odrośnięty, gdy „sekrecyja chorobliwa materyi rogowéj

[1]) Porównaj artykuł nasz w *Nowinach Lekar.* rok 1889 str. 99.

już ustała“. Nie uważa jednak kołtuna za osobną i istotną chorobę całego organizmu, ani też za chorobę właściwą Polakom, ale przyznaje, że do różnych ostrych i chronicznych chorób u nas kołtun często się łączy. Marcinkowski uważa kołtun za „miejscowe przesilenie (*crisis*)“, objawiające się albo 1) nagle przy zakończeniu różnych chorób ostrych, podobnie jak n. p. *herpes labialis* lub *decubitus* są takiemi objawami krytycznemi, albo 2) występuje zwolna jako *lysis*. Ten rodzaj kołtuna najczęstszym jest u ludu polskiego, któremu w ogólności brak szybkiéj pomocy lekarskiéj, a który zresztą w kołtunie jedyną swych cierpień widzi przyczynę. 3) rozwija się niekiedy kołtun także w następstwie chorób nieuleczalnych.

Co do etyjologii, autor przeczy temu, jakoby Polska w klimacie swoim lub formacyjach geologicznych posiadała szczególne warunki powstawania kołtuna, za to są przyczyny inne, od natury kraju niezależne, ale mające swoje źródło w zwyczajach ludu i jego sposobie życia. Z doświadczenia wie lud prosty, że w wielu przypadkach za wywiciem się kołtuna, dolegliwości różne ustają. Ztąd wszelkie choroby przypisują kołtunowi i dla tego wszelkiemi sposobami starają się o jak najspieszniejsze onegoż wytworzenie, jako zakończenie choroby.

W leczeniu kołtuna należy mieć na oku chorobę główną, któréj kołtun stanowi tylko powikłanie. Że w indywidualizowaniu szczegółowych przypadków — mówi autor — „krytycznéj natury kołtuna z oka spuszczać nie wypada, żeby nie administrować środków, które się w razach, gdzie widoczną ulgę przynosi, jego wywiciu się sprzeciwiaćby się mogły, n. p. rozczesywaniem lub przedwczesnem ucinaniem“ uważa autor za rzecz, nie podlegającą żadnéj dyskusyi.

W końcu swéj pracy oświadcza M. wyraźnie, że „myśl uważania kołtuna za fenomen krytyczny“ powziął od swego nauczyciela berlińskiego Berensa, który w wykładach swoich o semijotyce poruszył mimochodem kwestyję: czy „fenomen kołtuna nie stoi w krytycznem z chorobami połączeniu“. Nanby się zdawało, że Marcinkowski niewdzięcznego podjął się zadania: jeden z profesorów warszawskich już w r. 1815 odmówił kołtunowi wszelkiego znaczenia patologicznego w rozprawie [1]), na któréj dedukcyje i dziś w zupełności pisać się można.

Myśl swego nauczyciela Marcinkowski przeprowadził krytycznie stosownie do ówczesnego stanu nauki. Atoli — jeżeli w pracy o transfuzyi krwi widzieliśmy w argumentacyi autora wielki zasób zdobyczy nowszéj szkoły francuzkiéj, to w kołtunie cofa się Marcinkowski do pojęć z Berlina wyniesionych, a po części i frontem stawa przeciwko nowszym nabytkom z Francyi i Anglii. Wypowiada to zaś w zdaniu, jakoby „przy dzisiejszéj manii gwałtownego leczenia każdéj reakcyi choroby przebijała zarozumiałość“, że każdą „kryzę“ pokonać jesteśmy w stanie (str. 51). Odnosi się to zapewne głównie do Broussaisa, który nader obfitemi upustami krwi chciał nietylko leczyć choroby ostre, ale i zapobiegać takowym i przerywać je. Ale teoryja ta w owym czasie już straciła swoję powagę u nowszych klinicystów francuskich, którzy na dobre rozwijali szkolę anatomiczną. Marcinkowski jednak zdaje się nigdy do niéj nie przylgnął i reminiscencyj patologicznych z czasów uniwersyteckich całkiem pozbyć się nie mógł. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 27 marca. — W ostatnim tygodniu prawie wszystkie gazety krajowe podały wiadomość, że Prezes gabinetu hr. Taaffe wystosował okólnik do wszystkich władz politycznych krajowych, w którym zwraca uwagę na wysoki procent śmiertelności w niektórych miastach, między innemi w Krakowie ($35^2/_{10}$ na 1000) i we Lwowie (34 na 1000), podczas gdy w Wiedniu procent jest znacznie mniejszy (tylko $24^7/_{10}$ na 1000). Te wysokie cyfry śmiertelności każą wnioskować, że w tych miastach istnieją specyjalne przyczyny, wpływające na ogólny stan zdrowia. Hr. Taaffe wzywa przeto władze do zarządzenia zbadania przyczyn złego, któremi są zapewne: zła woda, brak kanalizacyi, wadliwa organizacyja sanitarna gmin, następnie zaś do poczynienia odpowiednich kroków, celem naprawienia złego stanu rzeczy.

Wiadomość o tem zarządzeniu p. Prezesa Ministrów przyjmujemy z wielką radością; może przecież dzięki interwencyi władzy centralnéj uda się poprawić ten rozpaczliwy stan stosunków zdrowotnych, który panuje w naszych miastach.

(o) Stan prof. Karola Brauna w Wiedniu, który od dwóch tygodni ciężką złożony jest chorobą (*insuficientia cordis*) jest, jak pisma wiedeńskie donoszą, rozpaczliwy.

(o) Komisyja budżetowa parlamentu pruskiego uchwaliła pozycyję 165.000 marek na wybudowanie zakładu dla studyjów chorób zakaźnych, mającego zostawać pod kierownictwem Kocha.

Gmina m. Berlina uchwaliła wybudować kosztem 200.000 marek przytulisko dla chorych, których w szpitalach miejskich leczono z powodu gruźlicy i którzy opuścili szpital w stanie polepszenia lub uleczeni. Nie ograniczono tu sposobu (metodą Kocha) leczenia.

* Prof. Wysocki, przewodniczący komisyi wybranéj z łona Wydziału lekarskiego w Kazaniu dla zbadania szczepianki Kocha, oświadcza, że z pomiędzy mikrobów znalezionych w szczepiance, znalezione zostały 2 niewątpliwie chorobotwórcze a mianowicie *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*. (*St. Petrsb. med. Woch.* Nr. 10, 1891). — Tamże znajdujemy wiadomości o mającem wkrótce nastąpić ogłoszeniu nowego środka przeciwko gruźlicy. Tym razem środek ma być podany przez prof. Ewalda, redaktora *Berl. klin. Wochschr.*

(o) Według uchwały Wydziału lekarskiego w Berlinie nie wolno właścicielom dyplomów transatlantyckich, którzy imatrykulują się jako słuchacze, nosić tytułu doktora, gdyż „wydział nie jest w stanie odróżnić dobre zakłady naukowe amerykańskie od złych“.

* Otrzymaliśmy zeszyt IV, tom LXXXVI Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Zeszyt ten prócz pracy Dra Ad. Ciąglińskiego „o grzybnicach pleśniowych“ i protokołów posiedzeń towarzystwa, zawiera także dodatek pod tytułem „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego z r. 1888“. Dodatek ten, który od lat kilku spotykamy w pamiętniku, jest bardzo pożądany i może z czasem pozwoliłby autorom, piszącym po polsku, liczyć się z pracami polskiemi, gdyby sprawozdania takie były kompletne i gdyby z drugiéj strony pamiętnik Tow. lek. warsz., to jedyne nasze archiwum medyczne, częściéj można było spotykać w ręku lekarzy. Co do pierwszéj kwestyi to prócz braków, które podniosła „Gazeta Lekarska“ (Nr. 11), musimy dodać jeszcze, że nie znaleźliśmy w przeglądzie piśmien. prac, przeważnie z zakresu anatomii i fizyjologii, umieszczonych w wydawnictwach Akademii Umiejętności. Okoliczność, że pamiętnik tak mało jest rozpowszechniony, świadczy wymownie o małem zamiłowaniu u nas do prac obszerniejszych, które powinny znajdować miejsce właśnie w takich wydawnictwach jak pamiętnik, i że pod tym względem niewątpliwie różnimy się bardzo od kolegów niemieckich, którzy posiadają i podtrzymują takie archiwa obecnie we wszystkich gałęziach medycyny.

* Prof. chemii lekarskiéj w Bernie Dr. M. Nencki został powołany do Petersburga i propozycyję przyjął. (*Wiener med. Wochschr.* Nr. 12).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Kl. du Bois-Reymond habilitował się jako docent dla okulistyki, a Dr. Pfeifer dla hygijeny. — **Moskwa.** Dr. Filatow mianowany profesorem nadzwyczajnym pedyjatryi.

* **Nekrologija.** W Warszawie zmarł Dr. Wilhelm Lubelski, ordynator oddziału psychijatrycznego dla kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Zmarły pozostawił po sobie szczery żal i szacunek, który też wyraża się w zmiankach umieszczonych w wszystkich pismach polskich.

Do administracyi „Przeglądu Lek.“ na fundusz wdów i sierot po lekarzach wpłynęło: od kol. Cerchy pozostałość z pikniku lekarskiego 43 złr. 60 ct. Od asystentów kolegów ś. p. Józefa Hempla zamiast wieńca 40 złr.

[1]) Rozprawa o kołtunie i t. d. na posiedzeniu Tow. król. Przyjaciół Nauk warszawskiego dnia 2 maja 1815, czytał prof. dr. August Wolff.

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

L. 2198.

Obwieszczenie.

Celem ściślejszego przeprowadzenia przepisów odnoszących się do nauki hygijeny szkolnéj, objętéj normalnemi planami nauk dla szkół ludowych, wydziałowych i seminaryjów nauczycielskich męskich i żeńskich, rozporządził JE. Pan Minister wyznań i oświecenia zasadniczo reskryptem z dnia 12 stycznia 1891 r. l. 749, ażeby w seminaryjach nauczycielskich męskich i żeńskich począwszy od roku szkolnego 1891/2, wykłady somatologicznéj i higijenicznéj części nauki historyi naturalnéj na I i na IV. (względnie najwyższym) kursie poruczone były specyjalnie ukwalifikowanym lekarzom.

Plan wykładów odnośnych zastosowany do postanowień organizacyjnego statutu seminaryjów dla nauczycieli i nauczycielek szkół publicznych ludowych z dnia 31 lipca 1886 l. 6031 jest następujący:

na I. kursie:

na 1 półroczu: 2 godziny tygodniowo zoologija (wykłada jak dotyczas ustanowiony nauczyciel fachowy);

w 2 półroczu: 2 godziny tygodniowo, budowa, funkcyje życiowe i stosunki rozwoju ciała ludzkiego, przyczem mają być uwzględnione główne momenta pielęgnowania zdrowia w ogólności, a hygijeny szkolnéj w szczególności, wreszcie nauka o pierwszéj pomocy przy uszkodzeniach cielesnych (wykłada mianować się mający specyjalnie ukwalifikowany lekarz).

Na IV. (najwyższym) kursie:

w 1 półroczu: jedna godzina tygodniowo, powtórzenie somatologicznego materyjału naukowego przerobionego w 2 półroczu I-go kursu, hygijena szkolna według wydanych dla szkół ludowych w kraju ogólnych i specyjalnych hygijenicznych przepisów szkolnych (wykłada zamianować się mający specyjalnie ukwalifikowany lekarz).

w 2 półroczu: 1 godzina tygodniowo, specyjalna metodyka historyi naturalnéj wedle planów naukowych przepisanych dla szkół publicznych ludowych w kraju, przyczem wychowańcy mają być zaznajomieni z polecenia godnemi wydawnictwami dla młodzieży szkolnéj; rekapitulacyja materyjału naukowego i ciągłe ćwiczenia w oznaczaniu (wykłada jak dotychczas ustanowiony nauczyciel fachowy).

Docent lekarski będzie zatem wykładać w 1 półroczu IV-go kursu jednę godzinę tygodniowo, zaś w 2 półroczu I go kursu dwie godziny tygodniowo.

W myśl §. 64 alinea 7 organizacyjnego statutu z 31 lipca 1886 l. 6031, będzie docent lekarski uczestniczyć przy egzaminach dojrzałości z historyi naturalnéj jako współegzaminator, jakkolwiek nie będzie zwyczajnym członkiem komisyi egzaminacyjnéj.

Powyższe rozporządzenie ministeryjalne wejdzie na razie w życie jedynie w tych seminaryjach nauczycielskich męskich lub żeńskich, w których siedzibie znajdą się lekarze, do udzielania nauki w mowie będącéj specyjalnie uzdolnieni, którzy podejmą się rzeczonych obowiązków za roczną remuneracyją honorową w kwocie 100 do 150 zlr. w. a.

Nominacyję docentów lekarskich zastrzegł sobie JE. Pan Minister wyznań i oświecenia, a w tym względzie będą mu przedłożone wnioski przez Radę szkolną krajową w porozumieniu z krajową Radą zdrowia.

Kompetenci reflektujacy na rzeczone posady docentów lekarskich mają najdaléj do końca marca b. r. wnieść zgłoszenia pisemne do c. k. Rady szkolnéj krajowéj za pośrednictwem właściwéj Dyrekcyi c. k. seminaryjum nauczycielskiego, która również zgłaszającym się kompetentom udzieli bliższych informacyj.

Z c. k. Rady szkolnéj krajowéj.

Lwów, 5 marca 1891. *Badeni.*

(Powyższe obwieszczenie Redakcyja otrzymała dnia 19 marca. *Przyp. Red.*)

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 4 Kwietnia 1891. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Zasady racyjonalnego leczenia nowotworów złośliwych (raków).

Doniesienie czwarte.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Wykazanie przezemnie jadowitości nowotworów złośliwych i swoistego znaczenia komórek rakowych zmienia nietylko dotychczasowe zapatrywania na przyrodę nowotworów złośliwych, lecz nadaje pewną podstawę leczeniu raków dotychczas prawie bezskutecznego.

Rak jest jak wykazałem w pierwszem doniesieniu nowotworem o tyle zakaźnym, że w ustroju raz zajętym szerzy się i niszczy go przez przerzuty.

U chorego na raka spotykamy zatem dwie sprawy: 1) nowotwór sam, a więc zmiany miejscowe, które sprowadza i 2) zakażenie ogólne, przedstawiające się w przerzutach widocznych i w zawiązkach nie urosłych jeszcze w guzy.

Leczenie więc racyjonalne raków ma także podwójne zadanie: z jednéj strony usunąć raka macierzystego, aby daléj nie zakażał, a więc działać miejscowo, a z drugiéj strony znieść zakażenie chorego ustroju, które już nastąpiło, krótko mówiąc poddać ustrój ogólnemu, niejako czyszczącemu postępowaniu leczniczemu.

Dla wypełnienia pierwszego zadania działanie miejscowe jest najlepszym środkiem i pozostaje nim nadal nóż w ręku zręcznego operatora. Jak mało jednak i ten środek spełnia swe zadanie, poucza wymownie smutna historyja recydyw.

Drugie zadanie, zadanie leczenia ogólnego, może wypełnić tylko środek, który wprowadzony w soki chorego ciała, niszczy zawiązki choroby i do zaniku doprowadza przerzuty.

Na zewnątrz skuteczność takiego środka powinna się objawić zmniejszeniem charłactwa. Ponieważ zaś charłactwo między innemi wywoływa utratę ciężaru ciała, to też miarą skutecznego leczenia raka będzie wprost zachowanie się ciężaru ciała chorego.

Leczeniu już wtedy zadość uczynimy, gdy uda nam się chorego uwolnić od przerzutów.

W ten sposób bowiem niszczymy z jednéj strony zawiązki rakowe niewidoczne, z drugiéj strony zamieniamy chorobę ogólną na miejscową, którą ewentualnie można usunąć zabiegiem operacyjnym.

Wynika z tego, że z obu wyżej wymienionych zadań drugie, to jest usunięcie zakażenia rakowego jest ważniejszem i ma o wiele większe znaczenie. A tego właśnie dotychczas ani nie wykonano, ani nawet nie uwzględniano.

Wszystkie bowiem lepsze usiłowania, jakie dotychczas w zamiarze leczenia raka czyniono, środki jak: *oleum terebinth. de Chios*, *Condurango* można pominąć, — były skierowane jedynie ku miejscowemu niszczeniu nowotworu.

Z tych to powodów, musi się zmienić dotychczas praktykowana zasada leczenia raków.

Leczenie w sposób racyjonalny powinno się odbywać nie z zewnątrz ku wewnątrz, lecz odwrotnie od środka ku obwodowi.

Na podstawie własnych spostrzeżeń, poprzednio przedstawionych, przypuszczam możebność zadość uczynienia temu żądaniu.

Nim jednak wydoskonalę swój sposób leczenia w metodę dla każdego dostępną i w ręku każdego bezpieczną, i granicę jego wartości leczniczéj w rozmaitych rodzajach i okresach rozwoju raka sam ścisłą obserwacyją kliniczną oznaczę, ograniczam się tymczasem do stwierdzenia faktu, że udało mi się przy ścisłéj kontroli i innych przerzuty rakowe w niedwuznaczny sposób do-

prowadzić do zaniku, a w saméj tkance rakowéj wywołać oddziaływanie z widoczną dążnością do wyleczenia.

Przerzuty zanikają, stając się coraz to miększymi i mniejszymi w ten sposób jednostajnie niknąc. Rak zaś oddziaływa w ten sposób, że wśród jużto silniejszych, już słabszych bolów (rwanie, kłócie) on sam t. j. tkanka przez niego zajęta, nie otoczenie tejże, obrzmiewa, staje się czerwonym, następnie ulega obumarciu w drobnych partyjach, które się oddzielają, albo wydziela sino-białą masę cuchnącą i w ten sposób zapada się i niszczeje.

Podczas gdy znikanie przerzutów względnie prędko postępuje, to zniknięcie raka samego przy opisanem oddziaływaniu jest sprawą długo trwającą, zależną prawdopodobnie od wielkości stanu rozwojowego i przyrody nowotworu.

Gdzie więc oddziaływanie ma mieć na celu leczenie, tam należy je wywoływać systematycznie i często, co tem łatwiéj można uskutecznić, o ile oddziaływanie nie wpływa wcale niekorzystnie na narządy zdrowe i na stan ogólny chorego, a nawet nie wywoływa podwyższenia ciepłoty.

Że wskutek wyż opisanego oddziaływania nowotwór okazuje dążność do wyleczenia, wynika z następujących uwag: 1) Cząstki, które wydziela rak wśród owego oddziaływania, składają się oprócz szczątek tkanki przez raka zniszczonéj z właściwych składników samego raka. Składniki zaś prawidłowe, histologiczne ciała chorego zostają nietknięte.

2) Przerzuty i sam rak okazuje pod wpływem opisanego oddziaływania rozrzedzenie tkanki przez znikanie tych składników.

3) Podczas, gdy przerzuty znikają, a w raku występuje oddziaływanie, poprawia się nietylko czynność bezpośrednio zajętego narządu, ale i stan ogólny chorego, przyczem ciężar ciała się zwiększa.

Powyższe wyniki stwierdziły ścisłe spostrzeżenia kliniczne na następujących chorych, dla dokładności obserwacyi z rakami zewnętrznemi wybranych.

I. Dwaj wieśniacy Kula (lat 50) i Stokłosa (l. 58) byli dotknięci na dolnéj wardze po prawéj stronie małemi nowotworami rakowemi i nadawali się dlatego do kontroli. Pierwszego leczono, drugiego zaś nie. U pierwszego wystąpiło oddziaływanie miejscowe i gruczoły limfatyczne się zmniejszyły, u drugiego nieleczonego nic się nie zmieniło. (Oddz. chir. prof. Obalińskiego).

II. Innego znowu przypadku użyto w tym celu, aby zbadać zmiany w tkance rakowéj i przerzutach występujące wśród leczenia.

M. Pytel, wieśniak (l. 64). Naciek rakowy grzybiasty na wardze dolnéj, długości 4 ctm., grubości 5 ctm. Kilka twardych gruczołów limfatycznych, podszczękowych, wielkości grochu.

Skoro pod wpływem leczenia gruczoły limfatyczne zmniejszyły się, a rak sam jużto obrzmiewając, jużto zapadając się, znacznie się zmniejszył, operował chorego prof. Obaliński.

Badanie drobnowidowe raka samego jakoteż gruczołów limfatycznych wykazało rozrzedzenie tkanki przez zniknięcie komórek.

III. Na trzecim przypadku miano stwierdzić wartość leczniczą mojéj metody.

J. Gabuł, robotnik, l. 68. W samym środku wargi dolnéj rak w postaci mniéj więcéj kostki grubości 1 ctm. długości 4 ctm., chrząstkowato twardy, rozpadający się na brzegu wargi, od strony błony śluzowéj w wyniosłości jak kreda białawe i twarde. Warga zajęta mało poruszalna. Z tego powodu mowa bardzo niewyraźna, gwizdanie i palenie fajki niemożliwe. Na szyi 13 gruczołów obrzękłych, bardzo wyraźnych, twardych, od wielkości śliwki do grochu. Dnia 3/I 1891 początek leczenia. Ciężar ciała 60·5 klg. Powolne znikanie gruczołów limfatycznych. — Dnia 4/III 1891. Wszystkie gruczoły uległy zmianie podczas leczenia.[1]) Większa ich część znikła zupełnie. Z 3 lub 4 gruczołów pozostały resztki, które można było jeszcze wyczuć po większéj części tylko przy bardzo starannem i mozolnem obmacywaniu.

Ciężar ciała podniósł się od dnia 3/I do 10/II 91 na 64·70 klg. a więc o 4·2 klg. w 5 ledwie tygodni.

Miejsce rakiem zajęte zmieniło swoje wejrzenie i swoje rozmiary, okazuje zbitość mięśnia i ciągle jeszcze oddziaływa, wydzielając składniki rakowe. Wyniosłości twarde od strony błony śluzowéj znikły.

Mowa zupełnie dobra, gwizdanie i palenie znów możliwe.

Z przebiegu zmian, przedewszystkiem mikroskopowych, w samym nowotworze wnosić można, że i on ulega zanikowi i że wyleczenie tegoż jest prawdopodobnie tylko kwestyją czasu. O dalszym przebiegu sprawy późniéj doniosę.

J. Gabuł był leczony z początku w klinice ch. wewn. prof. Korczyńskiego, późniéj ambulatoryjnie.

Kandydat med. p. Filip Müller zajął się nadzwyczaj troskliwie chorym i obserwacyje jak najściśléj przeprowadzał.

Dodaję w końcu, że opisane przypadki były jedynemi, na których w ogóle doświadczenia czyniłem. — Wystąpiło tedy oddziaływanie u wszystkich chorych, których dotychczas do prób użyto.

W jakim stosunku do tego stopnia pewności, z jaką moja metoda wywoływa oddziaływanie miejscowe w chorych tkankach, stoi wartość jéj lecznicza w rozmaitych postaciach i zakresach rozwojowych raków, będę się starał dalszemi badaniami nad chorymi wyjaśnić.

Dokładne historyje wymienionych wyżéj chorych późniéj będą ogłoszone.

Pp. proff. Obalińskiemu i Korczyńskiemu, ich asystentom i p. Filipowi Müllerowi składam serdeczne podziękowanie za poparcie. — Przedewszystkiem czuję się zobowiązanym kol. Obalińskiemu, który od lat kilku tę moją pracę życzliwością zasila.

II. Z kliniki prof. Neissera we Wrocławiu.

O leczeniu rzeżączki u kobiet.

Podał
Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Pracując od 3 miesięcy w klinice prof. Neissera na oddziale kobiecym (prostytutek), w którym liczba chorych wynosi mniéj więcéj 50, miałem sposobność obznajomienia się z poglądami i zasadami, jakiemi kieruje się tutejsza szkoła co do umiejscowienia, rozpoznania i leczenia rzeżączki u kobiet, a któremi zamierzam tylko dlatego podzielić się z szanownymi czytelnikami, że różnią się one znacznie od ogólnie przyjętych sposobów leczenia.

[1]) W przypadku Kuli mogłem stwierdzić, że gruczoły zmniejszające się podczas leczenia są nowotworowe.

O rozpoznawaniu rzeżączki u kobiet rozstrzyga wyłącznie obecność gonokoków w wydzielinie błony śluzowéj cewki moczowéj lub szyjki macicy, a nie pochwy. Liczba prostytutek we Wrocławiu jest zbyt wielką, aby lekarz policyjny u każdéj z nich mógł mikroskopowo badać wspomniane wydzieliny. Prof. Neisserowi udało się o tyle przeprowadzić zastosowanie rozpoznania mikroskopowego u prostytutek, że u każdéj w ciągu roku bywa ono mniéj więcéj 6—8 razy dokonywane. Naturalnie w przypadku, gdzie makroskopowo dająca się wykazać wydzielina, czy to z cewki, czy z szyjki macicy, budzi podejrzenie na obecność rzeżączki, badanie mikroskopowe w kierunku gonokoków nigdy pominiętem nie bywa.

Rozpoznanie rzeżączki, oparte na wykazaniu gonokoków, pociąga za sobą, że często zostaje przysłaną do szpitala prostytutka, u której żadnéj wydzieliny ani z cewki moczowéj, ani z szyjki macicy wykazać nie można, a błona śluzowa pochwy przedstawia się zupełnie prawidłowo; wtedy tylko badanie mikroskopowe wyjaśnia przyczynę, dla której dotycząca chora została przysłaną do szpitala.

Prof. Neisser w pracy swéj: „*Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung*“ zaznacza, że z pośród 126 prostytutek, u których czy to w wydzielinie cewki moczowéj, czy to szyjki macicy wykazano gonokoki, tylko u 26 makroskopowo, dająca się wykazać wydzielina, budziła podejrzenie na obecność rzeżączki.

O rozpoznaniu rzeżączki szyjki macicy (tak samo jak cewki moczowéj) rozstrzyga tylko obecność gonokoków w wydzielinie téjże. O ile usprawiedliwione jest rozpoznanie rzeżączki szyjki macicy, oparte na wykazaniu gonokoków, okazuje się ze statystycznego zestawienia w powyższéj pracy prof. Neissera, według którego u 56 prostytutek, u których istniejąca obfita ropna wydzielina z szyjki macicy budziła podejrzenie na obecność rzeżączki, mimo dokładnego badania mikroskopowego w żadnym przypadku gonokoków wykazać się nie udało. Z drugiéj strony można czasem wykazać tam gonokoki, gdzie prawie żadnéj wydzieliny nie ma, a więc gdzie badanie makroskopowe do rozpoznania rzeżączki nie uprawnia. Co do pochwy, to szkoła tutejsza hołduje zapatrywaniu [1]), że takowa u kobiet dorosłych nie jest nigdy siedzibą rzeżączki jako takiéj, a sprawy zapalne, jakie się na niéj napotyka, są tylko o tyle w związku z rzeżączką, o ile takowa zajmuje szyjkę macicy, któréj wydzielina spływając do pochwy, drażni ją i wywołuje sprawę zapalną na niéj. W wydzielinie pochwy, jeżeli istnieje rzeżączka szyjki macicy, udaje się wykazać gonokoki, jakkolwiek bardzo nieliczne, a wykazanie ich wobec wielkiéj ilości różnych bakteryj i koków jest bardzo utrudnione. Jednak po dokładnem zatamponowaniu ujścia szyjki (po 24 godzinach) wykazać ich nie można.

[1]) Dr. Steinschneider w pracy: *Ueber den Sitz der gonorrhoischen Infection beim Weibe*, przeprowadzonéj w klinice prof. Neissera, wykazał, że z pośród 37 kobiet dotkniętych rzeżączką (z tych 34 ostrą, 3 chroniczną), tylko w jednym przypadku, dotyczącym zgwałconéj dziewczynki, udało się, po poprzedniem przestrzykaniu pochwy i zatamponowaniu ujścia pochwowego macicy w wydzielinie błony śluzowéj pochwy wykazać gonokoki. Do podobnych wyników przyszedł Bumm: *Beitrag zur Kenntnis der Gonorrhoë der weiblichen Genitalien* (*Arch. f. Gynäk.*, 23 Bd., 3 Heft, 1884) i Fabry (Würzburg): *Ueber die gonorrhoische Schleimhautaffection beim Weibe* (*Deut. med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 43).

Co do leczenia rzeżączki, to uwzględnia tutejsza szkoła tylko cewkę moczową i szyjkę macicy; zmiany zapalne pochwy, o ile są (według tu przyjętych zapatrywań) w związku z rzeżączką szyjki macicy, ustępują równocześnie z wyleczeniem ostatniéj; i to podnoszą zwolennicy, jako jeden z silniejszych dowodów, że pochwa nie jest nigdy siedzibą pierwotną rzeżączki.

Leczenie rzeżączki cewki moczowéj zależy od nasilenia tejże, a względnie od ilości gonokoków, która zależnie od okresu rzeżączki bywa różną.

Jeżeli badanie mikroskopowe wykaże obfitą ilość gonokoków, co odpowiada zwykle rzeżączce ostréj lub przyostréj, to tuszujemy cewkę moczową przez wprowadzony cewnik $^1/_2$ do 10% rozczynem azotanu srebrowego, a bezpośrednio po tem wprowadza się do cewki mocz. podłużny kawałek gazy steryllzowanéj napojony tym samym rozczynem, który wyjmuje się mniéj więcéj po godzinie. Zwykle ogranicza się na 2 lub 3 wytuszowaniach, aby przejść następnie do wstrzykiwań $^1/_2$% rozczynu azotanu srebrowego. Postęp w leczeniu kontroluje się jedynie badaniem mikroskopowem, które również rozstrzyga o wyleczeniu rzeżączki.

Przy powyższem postępowaniu, do wyleczenia rzeżączki cewki moczowéj w tem pojęciu, że gonokoków w wydzielinie jéj wykazać nie można, czyli że *urethritis* cechę *gonorrhoica* utraciła, potrzeba mniéj więcéj czasu 4—5 tygodni. Po upływie tego czasu, aby się upewnić, że wynik ujemny badania mikroskopowego nie jest przypadkowy i czasowy, przestrzykujemy *ut aliquid fiat* cewkę moczową płynem obojętnym np. słabym rozczynem kwasu borowego i to przez 8—dni. Jeżeli po téj przerwie wynik badania mikroskopowego wypadnie znów ujemnie, rzeżączka zostaje uznaną za uleczoną, przynajmniéj w tem pojęciu, że utraciła charakter zakaźny.

Przechodząc do leczenia rzeżączki szyjki lub trzonu macicy, to nie różni się ono wiele od leczenia ginekologicznego spraw zapalnych tego narządu. W położeniu kolanowo-łokciowem, po poprzedniem rozszerzeniu szyjki (u pierwiastek) za pomocą pręcików *Tupelo* lub blaszkownicy przepłukujemy szyjkę macicy (starając się o ile możności wprowadzić kateter do próżni macicy), najprzód rozczynem węglanu sodowego, następnie sublimatu 1:2000 z małą domieszką wyskoku. W niektórych razach, aby upewnić się o należytym odpływie wydzieliny drenujemy macicę gazą jodoformową.

Przebieg choroby kontroluje badanie mikroskopowe, które w podobny sposób, jak przy rzeżączce cewki moczowéj przeprowadzone, rozstrzyga o wyleczeniu rzeżączki szyjki. Czas do tego potrzebny wynosi 5 do 6 tygodni, w przypadkach uporczywych znacznie dłużéj.

Co do częstości siedziby rzeżączki, to ze zestawienia statystycznego na oddziale prostytutek zebranego okazuje się, że z pośród 126 była u:

49	rzeżączka	cewki moczowéj,
43	„	szyjki macicy,
34	„	obu.

Przeważa więc co do częstości rzeżączka cewki moczowéj. Powyżéj podane liczby otrzymane zostały w ciągu kontroli głównéj, podczas któréj prof. Neisser z asystentami bez wyjątku u każdéj prostytutki badał mikroskopowo wydzielinę otrzymaną z cewki moczowéj i szyjki macicy. Zwykle zaś procent dotkniętych rzeżączką saméj szyjki macicy jest mniej-

szy, co pochodzi stąd, że lekarz policyjny bada tylko wydzielinę cewki moczowéj, a jeżeli w niéj gonokoków nie znalazł, nie bada wydzieliny szyjki macicy, chyba, że ta już makroskopowo budzi podejrzenie co do obecności rzeżączki.

Wykazanie gonokoków w rzeżączce ostréj jest łatwe, w chroniczněj zaś lub leczonéj o wiele trudniejsze i nieraz trzeba badać kilka preparatów, ślęczeć nad mikroskopem godzinę i dłużéj, nim uda się wykazać typową gromadkę, a może się i nie udać!

To też o ile wykazanie gonokoków, czy to w wydzielinie cewki moczowéj, czy szyjki macicy uprawnia do rozpoznania rzeżączki, to brak takowych nie wyklucza jéj z bezwzględną pewnością (zwłaszcza w przewlekłych rzeżączkach).

W końcu ośmielę się opisać po krótce sposób badania i odrębnego prowadzenia historyi choroby.

Wydzielinę do badania otrzymujemy za pomocą łyżeczki o tępych brzegach (podobnéj do Volkmannowskiéj). Posługaczka kliniczna rozciera wydzielinę na szkiełku, wysusza, a na przylepionéj etykiecie wypisuje nazwisko choréj, a zależnie od tego, czy wydzielina jest z cewki moczowéj (*urethritis*), czy szyjki macicy (*cervix*) dodaję literę „u" lub „c". Do historyi choroby każdéj prostytutki, która ma rzeżączkę, dołączony jest osobny blankiet (*Gonorrhoë-Formular*), w którym zależnie od wyniku badania mikroskopowego notuje się co kilka dni np. „u" +, „c" —.

W końcu czuję się w obowiązku podziękowania prof. Neisserowi za łaskawe pozwolenie na ogłoszenie niniejszego sprawozdania.

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13.)

Powłoka przybłonkowa powierzchowna jest w niektórych miejscach pod błoną rzekomą zupełnie dobrze zachowana, zwykle jednak brak jéj zupełny, a błona rzekoma przylega bezpośrednio do utkania limfatycznego gruczołu, lub oddzielona jest warstwą krwi niezmienionéj lub wreszcie przemienionéj w istotę drobnoziarnistą bezbarwną z wakuolami wielkością i kształtem ciałkom krwi czerwonym odpowiadającemi. W pewnych miejscach naczynia krwionośne otwierają się jakby do błony rzekoméj. Treść ich przechodzi wprost w błonę rzekomą.

Obraz anatomiczny błon rzekomych na nagłośni i w krtani jest zupełnie ten sam, z tą tylko różnicą, że w samem utkaniu błony śluzowéj bardzo małe i nieliczne tylko znajdują się ogniska krwotokowe, co zresztą łatwo można wytłumaczyć własnościami budowy tych części.

b) Błony rzekome w zapaleniu błon surowiczych.

W celu badania zapalenia włóknikowego błon surowiczych wykonywałem przekroje prostopadłe do powierzchni różnych narządów pokrytych masami włóknikowemi. Przypatrzmy się bliżéj n. p. przekrojowi przez błonę rzekomą pokrywającą wątrobę w zapaleniu otrzewny włóknikowem. Sądząc po barwie białożółtawéj i zbitości skrzepów przypuszczać należało, że głównym składnikiem takich błon rzekomych jest włóknik. Tak jednak bynajmniéj nie jest a są one złożone z samych ciałek białych i czerwonych, które zależnie od głębokości, w różnym są do siebie stosunku ilościowym. W środkowych warstwach błony rzekoméj są one, o ile to w przybliżeniu ocenić można, w równych ilościach w warstwach powierzchownych przeważają znacznie ciałka czerwone, w warstwach przylegających do torebki wątrobowéj stosunek ten jest różny. Ciałka czerwone nie są jednostajnemi jak prawidłowe, ale stały się niewyraźnie ziarnistemi. Kontury ich są ostre lub nierówne, albo też prawidłowe, wreszcie spotykamy obok tych ciałka o wiele mniejsze od prawidłowych, które napotykamy w wielkiéj ilości w świeżéj krwi ogrzewanéj między dwoma szkiełkami. Tylko w pewnych miejscach widzimy grubsze włókienka powstałe z ciałek czerwonych przez znane nam ugrupowanie się hemoglobiny i odbarwienie ciałek samych. Często widzimy daléj jak cała masa ciałka wydłuża się i tworzy punkt wyjścia dla owych włókienek, optycznie co do barwy i budowy identycznych z istotą niezmienionych ciałek czerwonych. Ta siatka hemoglobinowa szczególnie jest silniéj rozwinięta tuż przy torebce wątroby i miejscami przechodzi w siatkę chromatynową, włóknik autorów. Co do leukocytów, drugiego składnika błon rzekomych, to definicyi téj dla jąder tu nagromadzonych tylko z zastrzeżeniem użyć możemy. Już owe małe ciałka czerwone (mikrocyty), tak liczne w pewnych częściach błony rzekoméj, barwiły się niekiedy lekko safraniną, w całości lub w pewnéj tylko części, n. p. na obwodzie. Te mikrocyty stanowią przejście do jąderek nagich chromatynowych. Podobne jąderka pojedyncze lub po kilka spotykamy w ciałkach czerwonych, a ułożenie ich przypomina żywo fragmentacyję pośrednią Arnolda, objaw, który niekoniecznie musimy pojąć w znaczeniu tego autora, mianowicie jako objaw dzielenia się jądra. — Znajdujemy daléj jądra zupełnie leukocytom jednojądrowym odpowiadające, gdzieniegdzie nawet jądra zbliżone do epitelijoidowych. Wszędzie jednak jeśli jest jakaś obwódka naokoło tych jąder, to ta więcéj przypomina istotę ciałek czerwonych, niż bezbarwne pierwoszcze prawidłowych leukocytów. Obrazów tych inaczéj pojąć nie można, jak tylko jako przemianę ciałek czerwonych w leukocyty.

Jeśli tak jest, łatwo możemy pojąć, dlaczego to tak często zapalenie t. zw. włóknikowe otrzewny kombinuje się z zapaleniem ropnem lub z drugiéj strony krwotokowem.

Między błoną rzekomą a torebką często znajdujemy warstwę krwi niezmienionéj lub przemienioną w drobnoziarnistą masę z wakuolami. W innych miejscach siatka hemoglobinowa przylegająca do torebki przechodzi wprost w włókienka tejże, widoczny objaw organizacyi błony rzekoméj. Co do saméj torebki, to włókna jéj są jakby rozluźnione, a w oczkach liczne leukocyty lub ciałka czerwone, często z jądrami.

VI. Wnioski.

W powyższych spostrzeżeniach, w których starałem się o jak najbardziéj przedmiotowe i nieuprzedzone przedstawienie rzeczy, uderza przedewszystkiem spostrzeżenie, że w różnych postaciach anatomicznych sprawy zapalnéj stałe składniki tkanin uległych zapaleniu zachowują się zupełnie biernie, a przedewszystkiem nie mają żadnego udziału przy powstawaniu produktów zapalnych.

Cały punkt ciężkości sprawy zapalnéj, jakakolwiekbądź jest jéj postać, przenieść musimy na krew i naczynia krwionośne. Obecny stan nauki o pochodzeniu różnych składników krwi, mianowicie ciałek czerwonych i białych, na pozór stoi w sprzeczności w wielu punktach z mojemi spostrzeżeniami. Powszechnie jest przyjętem przypuszczenie, że początek ciałkom czerwonem dają ciałka białe. Na poparcie jednak tego przypuszczenia nie mogę w dotyczących rozumowaniach znaleść ani jednego argumentu przekonywającego. Ta okoliczność, że spotykamy ciałka czerwone z jądrami, niekoniecznie przemawia na korzyść owego przypuszczenia. Z tem samem co najmniéj prawdopodobieństwem możemy widzieć w ciałkach czerwonych z jądrami ciałka, które przechodzą w leukocyty. I właśnie do tego to przypuszczenia

zmuszają nas bardzo poważne argumenty, których nam dostarczyły nie tylko nasze spostrzeżenia sprawy zapalnéj, ale cała fizyjologija i patologija krwi. I tak przedewszystkiem widzieliśmy w narządach różnych uległych zapaleniu i w produktach zapalnych ciałka krwi czerwone z jądrami, podobnie w krwi wynaczynionéj. Znaleźliśmy dalej ilość leukocytów daleko większą, niż to krwi odpowiada lub nawet same leukocyty w tych miejscach, gdzie poprzednio krew o prawidłowym stosunku ilościowym swych składników się znajdowała. We wszystkich tych razach można było na pewne wykluczyć następową immigracyję leukocytów. Przyjąwszy nawet, że ciałka białe przechodzą w t. zw. narządach produkujących krew w ciałka czerwone, to przyjąć równocześnie musimy, że ciałka czerwone są komórkami w całem tego słowa znaczeniu, w których tylko jądro i pierwoszcze zlały się w jednę istotę. Przypuszczenie zatem, że wśród pewnych warunków może nastąpić na nowo to rozdzielenie tych dwóch istot składających ciałka czerwone, nie powinno być śmiałem.

Niektóre fakta w patologii krwi, jak np. znaczna ilość ciałek czerwonych z jądrami w krwi leukemicznéj, łatwo pojmiemy; są to niewykształcone jeszcze leukocyty.

W różnych produktach zapalnych stwierdziliśmy obok jąder leukocytów, daleko mniejsze ziarenka istoty chromatycznéj jużto wolne, jużto w ciałkach czerwonych ułożone, a miało to miejsce w tych razach, gdzie obok ciałek czerwonych o prawidłowych rozmiarach znajdowały się i daleko mniejsze mikro- i poikilocyty. W niektórych z tych małych ciałek czerwonych widzieliśmy ziarenka istoty chromatycznéj na obwodzie lub w środku. W tych to odłamkach ciałek czerwonych musimy widzieć źródło owych ziarn chromatynowych, tak nieraz licznych n. p. w gruzełkach, gdzie zazwyczaj uważano objaw ten za produkty rozpadu składników komórkowych gruzełka. Takie mnóstwo ziarn chromatynowych spotykamy daléj np. w infarktach nerek, mianowicie w przestworach międzymiąższowych korowych, w których tak wielkiéj ilości ziarn tych rozpadem stałych jąder tutaj się znajdujacych z pewnością tłumaczyć nie można, bo aby dać początek tylu odłamkom istoty chromatycznéj, musiałoby było znajdować się w tych przestworach daleko większe mnóstwo komórek stałych niż to faktycznie ma miejsce. W centrach infarktów nie widzimy dalej nacieków drobnokomórkowych, do których rozpadu możnaby apelować, aby wyjaśnić pochodzenie tych ziarn. Są to poprostu odłamki ciałek czerwonych, które wskutek zmienionych warunków odżywczych dają początek istocie chromatycznéj. Te same warunki, które prowadzą to rozdzielanie ciałek czerwonych na pojedyncze odłamki, mogą wywołać to rozdzielenie dwóch istót składających ciałka, istot, z których jedna ma własności chromatynowe.

Owe małe ziarenka chromatynowe zupełnie są identyczne z ziarenkami niektórych leukocytów, mają kształt zakrzywiony, lub okrągły, kształt ziarna kminu lub fasoli, a z grupy takich samych ciałek są często złożone jądra leukocytów. W téj saméj postaci zjawiają nam się te ziarna i w ciałkach czerwonych. Zazwyczaj z jednego ciałka czerwonego powstaje jedno białe, gdy jednak ciałka czerwone ulegają fregmentacyi, to i odłamki te dają początek istocie chromatycznéj ale nie w postaci jąder leukocytów, lecz ziarn daleko drobniejszych. Być może, że i te ziarenka przez łączenie się w grupy tworzą jądra większe. W każdym razie nie są to produkta rozpadu leukocytów (Riess), a stoją w ścisłym związku z fragmentacyją ciałek czerwonych. Bez wątpienia tak zwane hematoblasty Hayema i płytki (*plaquettes*) Bizzozera pochodzą z ciałek czerwonych. Widzieliśmy tylokrotnie wśród naszych spostrzeżeń płytki nagromadzone w tych miejscach, gdzie bezwątpienia znajdowały się ciałka czerwone (n. p. warstwa krwi pod powłoką kolodyjum na gruczole piersiowym królika). Ciałka te na pewno nie są prawidłowemi składnikami krwi, wśród pewnych tylko bliżéj trudnych do określenia warunków powstają z ciałek czerwonych. Widzieliśmy daléj, że istota chromatyczna często przedstawia się w postaci płytek. Ta okoliczność również łączy płytki z pewnemi przemianami ciałek czerwonych.

Jakakolwiek rzecz się ma z poikilo- i mikrocytami, płytkami Bizzozera i hematoblastami Hayena, ze spostrzeżeń naszych wynika na pewno, że w ciałkach czerwonych przychodzi do wytworzenia istoty chromatycznéj, a z téj powstają wszelkie inne postacie jąder, mianowicie jądra leukocytów i jądra epitelijoidowe. Ze znanego epokowego doświadczenia Cohnheima wynika, że ciałka czerwone równie łatwo przechodzą przez ściany naczyń, jak ciałka białe. Nie znamy dotąd przemian, jakie te ciałka czerwone po opuszczeniu naczynia przechodzą, czy w nich n. p. nie przychodzi do wytworzenia istoty chromatycznéj i czy one przez to poza naczyniami nie stają się leukocytami, owym naciekiem drobnokomórkowym tkanin uległych zapaleniu. Doświadczenie Cohnheima domaga się koniecznie rewizyi w tym kierunku. Za prawdopodobieństwem tego przypuszczenia przemawia oprócz wyżéj opisanych doświadczeń z ciałami obcemi, wprowadzonemi do jamy brzusznéj, już i ta okoliczność, że w naczyniach z silnym naciekiem małokomórkowym w otoczeniu prawie nigdy nie znajdujemy t. zw. ułożenia przybrzeżnego leukocytów, co w takich razach powinnoby być zwyczajnym objawem. Jeśli zaś przypadkiem znajdziemy kilka ciałek białych tuż przy błonie wewnętrznéj naczynia, możnaby objaw ten tłomaczyć już odbytą przemianą ciałek czerwonych w białe w naczyniu samem.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 13.)

Dodać zresztą winienem, że niektórzy autorowie używają tylko jednéj piły. Przy zachowaniu tych ostrożności gojenie następuje bez ropienia, bez tworzenia się następczych blizn; krwawienia znaczniejszego zazwyczaj nie bywa, może się jednak zdarzyć (Walsham). W ostatnich czasach zaczynają (w Ameryce) używać pił elektrycznych;

4) Do narzędzi, bez których obyć się nie można przy leczeniu operacyjnem zboczeń przegrody nosa zaliczyć należy różnéj wielkości i szerokości dłutka zwykłe, najlepiéj rowkowate, któremi po nacięciu i oddzieleniu błony śluz. usuwamy wypukłą część *septi*, zwłaszcza zaś wyrostki (*spinae*) Zwykle wystarcza siła ręki, czasami tylko posiłkujemy się lekkiemi uderzeniami młotka. Dłutek do powyższych celów używają Jurasz, Heymann, Seiler, Moure, Bresgen, Schaeffer i wielu innych i ja również chętnie je stosuję przedewszystkiem dla usunięcia wyrostków (*spinae, cristae*). Że leczenie pooperacyjne winno być ściśle antiseptyczne, nie potrzebuję dodawać;

5) W ostatnich czasach wśród angielskich, a jeszcze więcéj amerykańskich lekarzy wchodzi bardzo w użycie trepan zwykły przez dentystów używany (*dental drill*) lub elektryczny. Pierwszy stosują Hovell, Hill, Lennox Brown, Brouner itd. Elektryczny wprowadzony został przed kilku laty do terapii zboczeń przegrody nosa przez Jawisa z Now.-Yorku. Stosują go również Curtis, Mac Intyre, wreszcie Spicer z Londynu. Rzeczywiście, jak o tem miałem sposobność przekonać się, elektryczny trepan ma stanowczo wyższość nad zwykłym, jakkolwiek muszę przyznać, że wogóle do zwolenników trepanów się nie zaliczam. Ujemną ich stronę stanowi to, że zostawiają zawsze nierówną powierzchnię. G. Stoker jest również tego zdania. Oto są główniejsze narzędzia przy zboczeniach przegrody nosa napotykane. Obecnie przechodzę do opisu niektórych krwawych operacyj tego cierpienia.

Jeszcze w połowie 19 go wieku Dieffenbach wycinał z wypukłéj części *septi* kawałki (owalne) chrząstki. Mniéj więcéj w podobny sposób postępowali i inni chirurgowie, jak Chassaignac, Demarquay i Langenbeck. Blaudin, Rupprecht i Roser używali w tym celu osobnego instrumentu, kleszczyków dziurawiących na podobieństwo tych, jakich używają na kolejach do stemplowania biletów. Metoda ta jednak, polegająca na sztucznéj perforacyi przegrody, ma swe ujemne strony (Schech, Moure): 1) dostęp dla instrumentu ze względu na znaczne zazwyczaj zwężenie jamy nosowéj jest bardzo trudny; 2) co ważniejsza samo zboczenie resp. następstwa jego dla ustroju pozostają bez zmiany, chociaż bowiem powietrze przez sztuczny otwór dostaje się do zwężonéj jamy, lecz zatrzymywanie się śluzu itd. w dalszym ciągu pozostają. Przytem jest to metoda bolesna. Hartman i Petersen postępują inaczéj: po uprzedniem oddzieleniu błony śluz. z wypukłéj części przegrody wycinają kostnemi nożycami kawałek chrząstki wielkości 10 fenigówki, poczem błonę śluzową zaszywają i wkładają rurki gumowe dla utrzymania przegrody w odpowiedniéj pozycyi.

Baecker zamiast nożyc używał przez siebie skonstruowanych kleszczy. Metoda ta ma wyższość nad poprzedzającą, lecz również jest bolesną.

W ostatnich czasach Krieg podał nową metodę, polegającą na resekcyi *cart. quadrangularis* wraz z błoną śluzową (nacięcie błony śluz. w kształcie prostokąta, wycięcie z błony śluzowéj i chrząstki tyle, ile potrzeba dla usunięcia zwężenia, poczem tampon z waty, jodoform). Metoda ta jednak nie zyskała zwolenników ze względu na bolesność i mocne krwawienie (Schech).

Jonathan Wright postępuje w następujący sposób: po zakokainowaniu wytwarza w *septum cartilaginosum* za pomocą elekromotorowego trepana kanał okrągły w kierunku od przodu ku tyłowi na największéj wypukłości *septi*, kanał głęboki aż do błony śluzowéj strony przeciwnéj lecz bez perforacyi. Poczem piłę elektryczną (można użyć i zwykłéj Bosworthа) wprowadza się w kanał, oddzielając odcinki zewnętrzne od wewnątrz leżących; trzymać się przytem ściśle należy linii pośrodkowéj. Tym sposobem spory segment zgrubiałéj chrząstki z wypukłości przegrody można usunąć. Zbyt skomplikowana to jednak metoda, aby prawo obywatelstwa zyskać sobie mogła.

Roberts resekuje chrząstkę pod błoną śluzową i unika przez to perforacyi. Ash za pomocą specyjalnych nożyc (tępy koniec do zwężonéj, ostry do rozszerzonéj jamy) robi cięcie na krzyż, poczem wprowadzonym do zwężonéj jamy dłutkiem wywiera ucisk na przegrodę, prostuje ją i za pomocą odpowiednich przyrządów utrzymuje w nadanéj pozycyi. Jestto również wysoce skomplikowana metoda.

Na zaznaczenie natomiast zasługuje metoda Schecha, mająca tę dodatnią stronę, że nie jest skomplikowaną: resekuje on za pomocą główkowatego noża wypukłą część przegrody w całéj grubości t. j. z perforacyją, co bynajmniéj szkodliwem nie jest i zmian żadnych w zewnętrznéj formie nosa ze sobą nie pociąga.

Wszystkie te, powyżéj opisane operacyje krwawe, usunięcie zboczeń przegrody nosa na celu mające zawsze, zdaniem mojem napotykać będą na wielkie przeszkody, co do ich rozpowszechnienia. Mają one bowiem wiele stron ujemnych: i tak są to niesłychanie bolesne rękoczyny, nie pomaga tu zwykłe zastosowanie kokainy pod postacią pędzlowań, trzeba użyć podśluzowych injekcyj; daléj krwawienie przy nich jest zawsze mniéj lub więcéj obfite, sama operacyja ciężka, leczenie zaś pooperacyjne żmudne; nie zawsze prowadzi do celu, czasami następują zrosty z muszlami. Na wyróżnienie ze wszystkich powyżéj przytoczonych metod zasługują zdaniem mojem: 1) Hartmana i Petersena, a jeszcze bardziéj 2) Schecha. Téj ostatniéj metody i ja w wyjątkowych wprawdzie razach się trzymam. Wogóle zaś do zwolenników krwawéj operacyi przy *deviatio septi* się nie liczę. Zresztą nadmienić muszę, że bardzo rzadko zboczenie przegrody nosa jest w takim stopniu wyrażone, aby wymagało tak ciężkich rękoczynów. Nadużyć zaś strzec się pilnie należy.

Co się tyczy specyjalnie leczenia operacyjnego ograniczonych zgrubień przegrody nosa (*spinae*, *cristae* i t. d.), to o tem już po części wspominałem, mówiąc o leczeniu wogóle *deviationis septi*. Najlepiéj, zdaniem mojem, usuwać je żegadłem galwanicznem (Jurasz), można z korzyścią zastosować i piły Boswortha (Schech), jakoteż dłutka i t d. Te ostatnie jednak zawsze, jak to już wspominałem, po uprzedniem oddzieleniu błony śluzowéj.

Co się tyczy leczenia pooperacyjnego, to polega ono przedewszystkiem na utrzymaniu wyprostowanéj przegrody w nadanéj jéj pozycyi. Ku temu służą różnorodne środki, jakoto rurki gumowe, *bougies*, czopki z waty, blaszki z kości słoniowéj i t. d. Leczenie pooperacyjne jest niesłychanéj wagi, od niego przedewszystkiem zależy pomyślny rezultat operacyi. Samo się przez się rozumie, że zarówno podczas, jak i po operacyi winniśmy zachować jak najściślejsze zasady antiseptyki.

Na zakończenie wspomnieć mi należy o jeszcze jednéj metodzie leczenia zboczeń przegrody nosa. Mam tu na myśli tę odrębną formę *deviationis septi*, która częstokroć jedynie ze względów estetycznych, ze względu na mniéj lub więcéj wyrażoną defiguracyję nosa, daje powód do operacyjnéj interwencyi. O formie téj w swojem miejscu szczegółowo wspominałem, podając dla niéj, jako charakterystyczną cechę to, że przegroda chrząstkowa nie znajduje się na jednéj linii z przegrodą błoniastą.

Jurasz w razach tych postępuje w następujący sposób: przeciąwszy błonę śluzową na wypukłości *septi* resp. jéj przedniego brzegu, oddziela ją od chrząstki, poczem nożem główkowym wycina część wystającą (brzeg) przegrody. Po zeszyciu błony śluzowéj wstawia tampon z waty jodoformowéj lub sublimatowéj. Zwykle następuje *prima intentio*. Metody powyższéj i ja w odpowiednich przypadkach się trzymam.

Na tem kończę swoję pracę: „o zboczeniach przegrody nosa". Z umysłu nie przytaczam szczegółowéj kazuistyki spostrzeganych i operowanych przezemnie przypadków, ażeby nie powiększać rozmiarów i tak zbyt już może obszernéj pracy.

Warszawa, dnia 30/12 1890 r.

LITERATURA: 1) Jurasz: „Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand", Berl. klin. Woch., 1882, 4. — 2) Heymann: „Ueber Correction der Nasenscheidewand", Berl. klin. Woch., 1886, 20. — 3) Hubert: „Ueber die Verkrümmung der Nasenscheidewand und deren Behandlung", Münch. m. Woch., 19—20, 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 164. — 4) Krieg: „Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi", Med. Corr. d Würt. itd., 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 429. — 5) Gleitsmann: „Deviation of the nasal septum", Am. Jour., 1885, Ref. w J. C. 1886, p. 532. — 6) Cozzolino: „Deviazioni del setto nasale, delle osse e cartilagini nasali", Ref. w J. C., 1887, p. 163. — 7) Baumgarten: „Ueber die Ursachen der Verbiegungen der Nasenscheidewand", Deut. med. Woch., 1886, 22, p. 313. — 8) Löwy: „Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand", Berl. klin. Woch., 1886, 47. — 9) Bosworth: „Deformities of the nasal septum. A new operation for their correction" itd., N. Y. med. Jour., 1887, Ref. w J. C., 1888, p. 116. — 10) Bryson Delavan: „On the Etiology of deflections of the nasal septum", N. Y. med. Jour., 1887, Ref. w Jour. of Lar., 1888. 3. — 11) Jarvis: The indications for the surgical treatment of the deflectei nasal septum" itd., N. Y. med. Rec. 1888. Ref. w J. C., 1889, p. 461. — 12) George Sto-

ker: „Deviations of the nasal septum“, London, 1888. — 13) Rosenthal: „Malformations of the nasal septum“ itd. Thèse-Paris, 1888, Ref. w Jour. of Lar., 1889, p. 104. — 14) Stan: „Przyczynek do leczenia zboczeń przegrody nosa“, Przegl. Lek., 1888, p. 146. — 15) Garel: „Die Electrolyse bei Verstopfung der Nase“ itd., Ref. w J. C., 1890, p. 129. — 16) Knight: „The diagnosis and treatment of certain forms of rhinitis“, N. Y. med. Jour., 1889, Ref. w J. C., 1890, p. 97. — 17) Brouner: „On the use of the dental drill in the treatment of deviations and spurs of the nasal septum“, Jour. of Lar., 1890, p. 282. — 18) Woakes i Walsham: „On the Etiology, significance and treatment of spurs and deflections of the nasal septum“, Jour. of Lar., 1890, p. 477 (Nr. 10). — 19) Simanowsky: „On deviations of the nasal septum“, Wracz 37, 1890, Ref. w Jour. of Lar., 1890, p. 470. — 20) Löwe: „Ueber die Exostosen der Nasenscheidewand“, Int. Centr., 1890, p. 171. 21) Hartmann: „Deviationen und cristae des Septum narium“, J. C., 1890, p. 170. — 22) Moure i Bergonié: „On deviations and spurs of the nasal septum“, Jour. of Lar., 1890. Nr. 12, p. 495. — 23) Schaeffer: Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. 1885, Ref. w J. C., 1886, p. 350. — 24) Parker: „Case of anosmia, associated with bony stenosis“ itd., 1885, Ref. w I. C., 1887, p. 40. — 25) Roux: „Deviation de la cloison du nez“, 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 164. — 26) Van der Poel: „Deviations of the nasal septum“, N. Y. med. Rec., 1886, Ref. w J. C. 1887. p. 162. — 27) Natier: Deux cas de deviations de la cloison du nez“, 1887, Ref. w J. C., 1889, p. 58. — 28) Creswell Baber: „Ramoval of cartilagineous projection from septum nasi“, 1887, Ref. w J. C., 1887, p. 429. — 29) Hinker: „Irregularities of the septum narium“ itd., 1887, Ref. w J. of Lar., 1888, p. 232. — 30) Bresgen: „Enstehung, Bedeutung und Behandlung der Verkrümmungen und kallösen Verdickungen der Nasenscheidewand“, Wien. med. Pres., 1887, Ref. w J. C., 1888, p. 118. — 31) Holbrook Curtis: „The nasal trephine and its advantages“ itd., N. Y. m. J., 1887, Ref. w I. C., 1888, p. 306. 32) Ficano: „Deformità o corno del setto nasale“ itd., 1887, Ref. w J. C. 1889, p. 57. — 33) Hunter Mackenzie: „Reversible nasal saw“. Lancet 1887, 24. — 34) Seiler: „Ecchondroses of the septum narium“ itd., N. Y. m. R. 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 461. — 35) Garrigon-Desarénes: „Gerade-Richter für die Nasenscheidewand“, 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 604. — 36) Boucher. „Caso di considerevole incurvamento del setto“ itd., 1888, Ref. w I. C., 1889, p. 151. — 37) Miot: „Verdickung der dreieckigen Platte der Nasenscheidewand“, I. C., 1889, p. 531. — 38) Baratoux: „Ueber eine Form der Nasentenose“, I. C., 1889, p. 531. 39) Jonathan Wright: An operation for correcting deviation“ itd., N. Y. m. R. 1890. Ref. w I. C., 1890, p. 246. — 40) Roberts: „Submucous resection of cartilage in dev.“ itd. 1890, Ref. w I. C., 1890, p. 246 (6). 41) Patrzek: „Ueber Verbiegung der Nasenscheidewand bei Neugeborenen“ 1890, Ref. I. C. 1890, p. 245. — 42) M. Mackenzie: „Die Krankheiten des Halses und der Nase“. 1884, II. tom, p. 612. — 43) Moure: „Manuel pratique des maladies des fosses nasales“ 1886, p. 218. — 44) Moldenhauer: „Die Krankheiten der Nasenhöhle“, 1886, p. 54. — 45) Voltolini: „Die Krankheiten der Nase“, 1888, II. wydanie, p. 108. 46) Schech: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, III. wydanie, 1890, p. 240. — 47) Zuckerkandl: „Anatomie der Nasenhöhle“, 1882, p. 45.

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

M. Stricker i W. Friedrich: **O wpływie picia wody o różnej ciepłocie i ilości na zdrowe i chore serce.**

Przedmiot ten tak ważny w patologii mało dotąd i niedokładnie był opracowany. Zaledwo wspomina literatura o pracach w tym względzie Lichtenfelsa, Fröhlicha i Winternitza, których doświadczenia potwierdzili Glax i Klemensiewicz. Wskutek znacznej atoli luki i niewyczerpania przedmiotu, postanowili S. i F. w klinice Koranyiego (Budapeszt) częścią skontrolować, częścią rzecz tę uzupełnić.

Do doświadczeń używali zdrowych młodzieńców w wieku około 24 lat i badali tętno i parcie krwi przed i po podaniu wody w ilości 200 cm. sz. (jako ilości dla ustroju obojętnej) o ciepłocie: 4, 8, 12, 16, 35. 45 i 60° R. Parcie krwi oznaczali sfygmomanomterem Bascha. Wyniki są następujące: 1) wpływ wody wypitej na serce występuje szybko po wypiciu; 2) zimna woda zwalnia czynność serca i podnosi parcie, woda o bardzo niskiej ciepłocie w niektórych razach parcie obniża; 3) woda ciepła przyspiesza akcyję serca i podnosi parcie, woda letnia (20—30°) zazwyczaj je obniża; 4) im woda zimniejsza, tem wolniejsza jest akcyja serca, a parcie mniejsze; 5) im cieplejsza woda, tem szybsza akcyja serca i parcie większe; 6) wpływ wody o 16° jest bardzo nieznaczny i krótkotrwały; 7) im zimniejsza lub cieplejsza jest woda, tem prędzej następuje *maximum* podniesienia względnie spadku i dłużej trwa działanie; 8) czas trwania tego działania nie przenosi 20 minut.

Te same ilości wody i o tej samej ciepłocie podawali w dalszym ciągu chorym na serce (*insuff. valv. semilun. aortae; insuff. valv. bicusp. et stenos. ost. art. sin.; insuff. valv. bicusp. et stenos. ost. ven. sin.*), a wyniki tych badań są następujące: 1) wpływ wody na serce chore występuje szybko po wypiciu; 2) zimna woda w wysokim stopniu zwalnia czynność serca i podnosi parcie; 3) ciepła woda przyspiesza bardzo czynność serca i podnosi z początku parcie, letnia je obniża; 4) czas trwania działania wynosi 15—20 minut; 5) im zimniejsza lub cieplejsza woda, tem dłużej trwa jej działanie.

Różnica w działaniu wody na serce zdrowe i chore leży w tem, że: 1) chore serce dłuższego potrzebuje czasu, aby zmiany działaniem wody wywołane ustąpiły, niż serce zdrowe i 2) wpływ wody na serce chore nie jest stałym.

Wpływ wody na serce pochodzi z różnicy w ciepłocie, gdyż niepodobna przypuścić, aby woda tak szybko z żołądka uległa wessaniu, aby (jak z doświadczeń wynika) już po 15 sekundach, dostawszy się do krwi, mogła tą drogą działać na tętno, przyspieszając takowe o 22 uderzeń, wzgl. zwalniając o 16 uderzeń. Także ilość wody wpływu tego nie tłomaczy. Jedynie przypuścić należy, że woda zetknąwszy się z błoną śluzową żołądka zadrażnia zakończenia nerwu błędnego w żołądku, lub też nawet wedle Hermanna i nerwy wątroby, śledziony i otrzewny. W drodze odruchowej przychodzi do zadziałania na włókna sercowe tamujące (woda zimna), lub przyspieszające (woda ciepła). Równocześnie zadrażnienie to przenosi się na ośrodki naczynioruchowe i jużto rozszerzając naczynia obwodowe zmniejsza, jużteż zwężając takowe, podnosi parcie. Woda letnia obniża parcie ościenne w tętnicach wskutek wywołania odrazy, jakto już zauważył Winternitz.

Ponieważ teoryja Oertla, że w zaburzeniach w krążeniu wielkie ilości wody takowe potęgują i że stąd w chorobach serca należy zmniejszać ilości przyjmowanej wody, o ile to możebne, wywołała walkę literacką i znalazła wielu przeciwników (Basch, Feilchenfeld, Lichtheim), przeto autorowie starali się o własne doświadczenie. Badali też wpływ wody w różnych ilościach naraz podawanej na krążenie i wydzieliny.

a) Wpływ naraz wypitej a wielkiej ilości wody na ustrój zdrowy zbadał już doświadczalnie Jaworski, który dowiódł, że w $^1/_4$ g. po wypiciu $^1/_2$ litra wody zaledwo połowa z niej w żołądku pozostała, reszta zaś drogą naczyń chłonnych i żył dostała się do obiegu krwi, zwiększając tejże wodnistość. Badanie krwi w zupełności to potwierdziły. Autorowie podawali 2 młodym ludziom na czczo do picia wielkie ilości wody (od 75—2000 cm.) o ciepłocie 16·5° i oznaczali przed i po podaniu tętno, parcie i napięcie ścian tętniczych i doszli do następujących wyników: 1) 200 cm. sz. wody lub mniej wywoływają nieznaczne tylko zmiany w ustroju; 2) powiększanie ilości wody zmniejsza liczbę tętna, a podwyższa parcie; 3) parcie krwi w ten sposób zmienione trwa tylko przez krótki czas (1—3$^1/_2$ godzin); 4) w godzinę po wypiciu zaczyna się woda wydzielać z moczem, a po 3 godzinach już się całkowicie wydala. Wpływ wody naraz wypitej na serce chore jest tak znaczny, że nie można było podawać więcej jak 1000 cm. i to dopiero po śniadaniu (300 cm. mleka). Z tego wynika, że: 1) powiększenie ilości wody zwalnia czynność serca; 2) wpływ ten zawisł przedewszystkiem od kompenzacyi serca: gdy w wadzie serca wyrównanej wpływ jest ten sam co w ustroju zdrowym, to w inkompenzacyi niższego stopnia większa ilość wody podnosi parcie krwi, a w całkowitej inkompenzacyi parcie się nie podnosi; 3) im większa ilość wody, tem późniejsze działanie; 4) do powrotu do stanu pierwotnego potrzeba przynajmniej 3—4 godzin (po wypiciu 500—1000 cm.); 5) w moczu pojawia się dopiero w 1—1$^1/_2$ g. po wypiciu (objawia się to zmniejszonym cięż. gat. moczu), a w 3—4 godzin zaledwo połowa wody ustrój opuściła; 6) między ilością moczu wydzielonego a wody przyjętej niema ścisłego stosunku, owszem istnieje niestosunek na niekorzyść wydzieliny.

Skoro wpływ wody o tej samej ciepłocie, ale w różnej ilości jest tak znaczny ze względu na czas trwania działania

(3—3½ godzin), to zachodzi pytanie, czy prócz ciepłoty grają tu rolę i inne czynniki? Woda o ciepłocie 16·5° w ilości 200 cm. nie wywiera, jak to wyżéj przedstawiono, żadnego wpływu; większe natomiast ilości o téj saméj ciepłocie z powodu zetknięcia się z błoną śluzową żołądka na większéj przestrzeni, muszą działać w drodze odruchowéj na serce. Z tego, że działanie na serce wzrasta powoli, że punkt kulminacyjny działania występuje tem późniéj, im ilość wody była większa, wynika, że na to nie wpływa podrażnienie żołądka, lecz okoliczność, że pewna część wody ulega wessaniu, dostaje się do obiegu krwi i tą drogą działa na serce. Krew ta zwiększona ilościowo wskutek wody wessanéj dostaje się przez żyły do serca, a ztąd do tętnic, naczynia sa przepełnione, więc parcie się zwiększa. Zwolnienie czynności serca należy tłomaczyć w ten sposób, że krew zmienia się także co do jakości (staje się więcéj wodnista), drażni więc mniéj serce i ztąd czynność słabsza. Nie można sobie tego tłómaczyć wprost stosunkiem, jaki zachodzi między parciem a czynnością serca, bo serce zdrowe posiada własność przystosowywania się do zmienionych warunków. Albowiem gdy serce jest zdrowe, to z podniesieniem parcia w tętnicach zwiększa się również parcie w tętnicach nerkowych, wydzielina się zwiększa i w krótkim czasie cała woda zostaje z moczem wydalona, a serce wraca do stanu prawidłowego. W sercu chorem tego niema, tu prócz zmienionéj krwi działa jeszcze i zwiększona téjże ilość o tę część wody, która wskutek słabéj czynności serca z ustroju wydzielić się nie mogła.

b) Wpływ wody w 24 godzinach wypitéj na wydzielinę moczu badał m i. Oertel u zdrowych i chorych. Znalazł on, że przy zmniejszonym dowozie wody ilość moczu się zwiększa, a przy podawaniu bardzo małéj ilości wody ilość moczu wydzielonego znacznie jest większa od wody wypitéj, co szczególnie dobitnie się objawiało w chorobach serca niewyrównanych. Autorowie na podstawie swoich doświadczeń przekonali się, że u ludzi zdrowych: 1) niema ścisłego stosunku między ilością wypitéj wody, a wydzielonego moczu; 2) przy powiększaniu wzgl. zmniejszaniu ilości wody zwiększa się wzgl. zmniejsza ilość mocznika, chlorków i części stałych w moczu wydzielanym; 3) mniéj powyższych składników znajduje się w moczu wydzielonym po wypiciu pewnéj ilości wody naraz, aniżeli po wypiciu téjże saméj ilości wody w przeciągu 24 g.; u chorych: 1) w wadach serca wyrównanych również niema ścisłego stosunku m. pitą wodą, a wydzielonym moczem; 2) w niewyrównanych wadach serca zwiększa się ilość moczu, gdy podaje się wody mniéj i odwrotnie; 3) w wadach serca wyr. ilość mocznika, chlorków i części stałych moczu zależy od ilości podanéj wody, 4) w niewyrównanych natomiast przy zmniejszonym dowozie wody ilość tychże składników się zwiększa, przy zwiększonym — zmniejsza. (*Wr. med. Presse*, 1890, Nr. 41, 48 i 52).

Dr. Ebersohn.

Bakteryjologija.

Prof. Kitt: **O szczepieniu kultur prątków tężca u zwierząt domowych.**

Autor donosi o doświadczeniach, które czynił z kulturami tężca, szczepiąc takowe koniom, owcom i psom. Udowodnił on za pomocą bardzo ścisłych doświadczeń, że tężec urazowy zakaźny konia jest następstwem zakażenia prątkami, które Nicolaier, Kitasato i inni znaleźli u ludzi, dotkniętych tężcem. Wreszcie wykazuje, że ropa wysuszona, pochodząca z ran ludzi dotkniętych tężcem, która zawiera prątki tężcowe, nawet po 16 miesiącach jeszcze działa i że przeniesienie kultur czystych tężca na konie, owce i psy wywołuje u tych zwierząt typowy tężec. (*Centralblatt für Bakter. u. Parasit.*, VII., 10, 1890). *Dr. Süsskind.*

Farmakologija.

Dr. Bierwirth: **Atropina przeciw krwotokom.**

B. używa atropiny podskórnie w krwotokach nosowych i płucnych od dłuższego czasu i przychodzi do przekonania, że lek ten działa pewnie i szybko, nawet tam, gdzie lód i sporysz nie odnoszą skutku. Co do sposobu działania, to wedle Grahama-Browna atropina poraża nerwy zwężające naczynia, a więc odwrotnie jak sporysz i w ten sposób wywołując większy dopływ krwi do wszystkich naczyń włosowatych, zmniejsza przypływ téjże do miejsca krwawiącego. Nieprzyjemnych skutków nie widział B. po atropinie nigdy. (*Wr. med. Presse*, 1890, Nr. 46).

Dehenne (Paryż): **Przypadek wyleczenia cukrzycy wstrzykiwaniami ergotyniny.**

D. używał ergotyny i ergotyniny podskórnie u dyjabetyków przeciw krwotokom siatkówkowym i zauważył przytem znaczną poprawę stanu ogólnego. Opisuje przypadek, dotyczący ubogiéj kobiety 45-letniéj, cierpiącéj od dłuższego czasu na swędzenie skóry, uczucie palenia w częściach rodnych, prowadzące do bezsenności, zwiększone pragnienie i nadmierne moczenie. Badanie wykazało znaczną ilość cukru (46 gr. 1000). Gdy stan po zastosowaniu odpowiedniéj dyjety tylko się poprawił, przystąpił do wstrzykiwań ergotyniny, poczynając od 4 kropli i postępując do 7. Dyjeta pozostała ta sama, jaką chora miała zawsze. W krótkim czasie stan chorobowy się poprawił znacznie, a pomimo, że chora się leczyć nie chciała, badanie moczu uskutecznione w 2 miesiące po rozpoczęciu leczenia cukru nie wykazało. Stan ogólny wyborny utrzymuje się i dotąd (po 7 miesiącach). (*Wr. méd. Pr.*, 1890, Nr. 50). *Dr. Ebersohn.*

Choroby oczne.

E. Franke: **Przyczynek do przeszczepiania skóry na błonę śluzową.**

O ile metoda przeszczepiania płatków skóry Thierscha, zmodyfikowana następnie przez Eversbuscha wyrobiła sobie już prawo obywatelstwa przy pokrywaniu ubytków skórnych, rugując coraz więcéj dawniejszy sposób Reverdina, to nie znalazła ona jeszcze dostatecznego zastosowania wobec ubytków na błonie śluzowéj. Autor pragnie więc zwrócić uwagę na korzyści jéj w podobnych razach i zachęcić do prób w tym kierunku na podstawie jednego przypadku, w którym po wycięciu kawałka spojówki razem z chrząstką powiekową celem usunięcia *trichiasis* zastąpił ubytek ztąd powstały płatkiem skórnym wziętym z ramienia, który nietylko się przyjął, ale nadto po kilku tygodniach okazywał wejrzenie błony śluzowéj. Dwa razy już poprzednio stosowano ten sposób w obec *Symblepharon* (Eversbusch i Swart Abrahamsz) z równie pomyślnym wynikiem. Zwłaszcza przy *Symblepharon* nadaje się ta metoda jak wogóle wszędzie, gdzie są rozległe zrosty spojówki i gdzie ubytku ani przez przesunięcie ani przez utworzenie płatu uszypułkowanego pokryć nie można. Dotychczas najlepsze wyniki w takich razach dawało przeszczepianie błony śluzowéj z warg lub pochwy lub wziętéj ze spojówki królika, przyczem jednak sama techniczna strona nastręcza znaczne nieraz trudności, nie mówiąc już o niepewności przyjęcia się podobnych płatków. Przeciwnie przeszczepianie według Thierscha-Eversbuscha jest nader łatwem i pewnem, jeżeli zwłaszcza idąc za radą autora przenosi się płatki wprost z brzytwy na ubytek a nie z roztworu soli kuchennéj, unikając przez to zwijania się tychże. Płatki w ten sposób przeszczepione przyjmują się prawie zawsze, jeżeli tylko postępuje się ściśle aseptycznie i zatamuje poprzednio dokładnie krwotok. Gdyby to nastręczało jakie trudności, to radzi F. zaczekać do dnia następnego, co na przygojenie się płatków wcale nie wpływa. W przeciwstawieniu do pokrywania ubytków płatami uszypułkowane przy rozległem *Symblepharon* sposób ten zaleca się ze względu na mniejsze trudności techniczne, a także jako posiadający tę zaletę, że nie wywołuje nowych ubytków w okolicy oka ze szpecącemi bądź co bądź następnie bliznami. Nadto w razie nieudania się można przeszczepianie kilkakrotnie powtarzać, nie narażając chorego na oszpecenie lub inne nieprzyjemne następstwa. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, 1890, Juni). *Dr. Langie.*

Choroby nerwowe.

Kupke (Poznań): **O leczeniu moczenia nocnego.**

Jeżeli choroba nie jest następstwem zboczeń organicznych leczy się, podawając wewnętrznie *Rhus aromatica* i faradyzacyją. *Rhus* podaje się jako *Extr. fluid. Rhois aromat.* kroplami zrana i wieczorem w mleku, od 5 kropli

(u dzieci do 2 lat) do 15 (od 2 do 10 lat) naraz. Leczenie to trwać może 3—4 miesięcy. Prądu używa się w ten sposób: anoda na okolicę lędźwiową, katoda ruchomo na okolicę pęcherza, trwanie posiedzeń 1—5 minut, ilość takowych 20 od 30, prądy słabe takie, aby dzieci nie doznawały bólu. Oprócz tego pożywienie ma być więcéj z potraw stałych złożone, na wieczór żadnych płynów, do łóżka twardy materac, zimne zmywania, a w lecie kąpiele nożne. *Rhus* działa prawdopodobnie na błonę śluzową pęcherza. Chorobę należy usunąć do 14 roku życia, gdyż późniéj znacznie więcéj leczeniu się opiera. (*Wr. med. Pr.*, 1890, Nr. 48).

Dr. Ebersohn.

Dr. Orlow: **Przypadek promienicy mózgu.**

Autor obserwował przypadek promienicy kory mózgowéj lewéj półkuli u choréj liczącéj 29 lat. Skutkiem choroby wystąpiły charakterystyczne objawy schorzenia kory mózgowéj, a mianowicie porażenie połowicze po stronie prawéj, padaczka Jacksona i zaburzenia w czuciu. Oględziny pośmiertne wykazały: znaczną liczbę ognisk promienicy w różnych częściach ciała, także w prawem płucu, a w mózgu zajęła sprawa ta nietylko całą grubość kory mózgowéj, lecz także i istotę białą, przyczem pokazał się także duży ropień w mózgu. (*Deutsche med. Woch.*, XVI., 16, 1890).

Dr. Süsskind.

Schultze: **O nerwicach fizycznych i umysłowych po urazie.**

S. wykazuje, iż w istocie zdarzają się przypadki nerwic tak fizycznych jak i umysłowych po urazach. Tu należy zaliczyć nerwice po przypadkach kolejowych występujące, nazwane przez Erichsena i Riglera *Railway-spine* i *Railway-brain*. Nerwice te urazowe okazują jednak tak różne objawy w podobnych sobie co do przyczyny przypadkach, iż jako jednolitą formę przyjąć ich nie można. Autor stwierdza na zasadzie swéj kazuistyki, iż podstawa tych nerwic jest indywidualną i często zależy od zboczeń chorobowych w innych narządach, n. p. w żołądku; dowiedzioną bowiem jest rzeczą, że nie każdy z tych, którzy ulegli jakiemukolwiek urazowi, na nerwicę urazową zapadają. Ponieważ w różnych przypadkach rozmaite objawy okazują się na pierwszym planie, a to zależnie od zmian w pojedynczych narządach ustroju, radzi S. według tychże przeważających objawów choroby te nazywać.

Współśrodkowe ścieśnienie pola widzenia jakoteż znieczulenia miejscowe, opisywane jako stałe objawy nerwic tych, dość często nie istnieją wcale, zresztą i tak nie może ich obecność stanowić istotnéj cechy rozpoznawczéj. Autor przekonał się, że bardzo często wydarzają się przypadki nerwic tych właśnie po urazach słabych, obwodowych, co zdaje się według niego przemawiać za symulacyją. Niestety nie mamy dotąd tak pewnych objawów dla nerwic, po których moglibyśmy z pewnością odróżnić cierpienie istotne od symulowanego, zwłaszcza, gdy się jeszcze uwzględni, że cierpienie rozpoznajemy głównie po wywiadach. Ztąd to należy podania chorego w każdym przypadku poddać ścisłéj krytyce, śledząc, czy w nich nie ukrywa się agrawacyja lub nawet symulacyja. (*Sammlung klin. Vortraege*, Volkmanna, Nr. 14, styczeń, 1891). *Dr. Wachholz.*

Choroby skórne i weneryczne.

Talamon (Paryż): **O leczeniu wysypki ospowéj na twarzy.**

W myśli, że śród tworzenia się ropnych pęcherzyków ospowych, nietylko jad właściwy, ale także i bakteryje ropne w rozpulchnioną skórę zostają wessane i do silniejszych zniszczeń się przyczyniają, stosuje autor na powierzchni skóry twarzy leczenie przeciwgnilne. Rozpuszcza różne leki antiseptyczne w eterze i za pomocą rozpylacza Richardsona twarz skrapia; eter szybko się ulatnia a w porach skóry lek przeciwgnilny się zatrzymuje. Tym sposobem rozpylał taninę, jodoform, salol i sublimat. Tanina okazała się bez skutku, jodoformu dla woni nie zawsze można było stosować, salol działa słabo; najlepsze skutki okazywał sublimat w formułce: *Sublimati, Acid. citr. aa 1.00, Alcohol 5.00, Aether 50.0.* Oczy w celu uchronienia od przypieczenia zabezpiecza się watą i skórę twarzy 3 razy dziennie roztworem się skrapia. W okresie usychania pęcherzyków można także twarz zmywać sublimatem rozpuszczonym w glicerynie. Po tego rodzaju leczeniu nie zawsze zapobiega się tworzeniu się blizn, a jeżeli takowe powstają, są nieliczne i płytkie. Postępowanie to ma także wpływ na szybsze wytwarzanie się pęcherzyków i zmniejsza śmiertelność. (*Wr. kl. Wschft.*, 1890, Nr 41).

Dr. Mendelsburg.

Blaschko: **Przypadek wrzodu pierwotnego kiłowego na wardze.**

Mężczyzna 31-letni pokłócił się z towarzyszem, skutkiem czego, ten ugryzł go w wargę. Rana po kilku dniach się zabliźniła, ale po 6 tygodniach blizna wrzodzieć zaczęła i zmieniła się w obrzęk twardy wrzodniejący, wielkości talara, pokryty złogiem słoninowatym. Gruczoły podszczękowe powiększyły się i zamieniły w pakiet twardy, który przeszkadzał choremu w poruszaniu szczęką. Wysypki skórnéj nie zauważono, a ponieważ miły towarzysz wyjechał, nie dało się wykazać, czy sprawa ta jest przyrody kiłowéj. A przecież musiano myśleć jedynie o kile, raz z powodu bardzo długiego okresu inkubacyjnego (6 tygodni), daléj skutkiem twardości wrzodu i złogów słoninowatych na jego powierzchni, a wreszcie przedewszystkiem skutkiem braku owych guzków szaro białawych, rozpadających się t. z. gruzełków, które w obwodzie owrzodzeń gruźliczych — a tylko jeszcze o gruźlicy w tym przypadku można było myśleć — stale się znajdują. I rzeczywiście po dwóch ciepłych kąpielach wystąpiła na skórze charakterystyczna wysypka kiłowa, a sprawa już po krótkiem leczeniu przeciwkiłowem znacznie się poprawiła.

Przypadek ten ciekawym jest o tyle, że okazuje, jak dziwnym sposobem czasem nabyć można kiły, bo jakkolwiek niezbyt rzadko kiła warg w ogóle się zdarza, to przyczyną téjże są zwykle pocałunki osób kiłowych. (*Berl. kl. Woch.*, XXVII., 27, 1890). *Dr. Süsskind.*

Choroby dzieci.

Prof. Escherich (Graz): **O wskazaniach do intubacyi krtani w dławcu.**

Poprzedziwszy swoję pracę historyją choroby dziecka w dławcu krtani za pomocą intubacyi wyleczonego, kreśli w krótkości historyję tego zabiegu operacyjnego.

Intubacyja krtani, początkowo przez Bouchuta podana, przez długi czas nieużywana, została przed kilku laty przez O'Dwyera w Nowym-Yorku w użycie wprowadzona, a obecnie wykonywa się na wszystkich pedyjatrycznych klinikach europejskich[1]). Wskazania do téj operacyi, jak również i jéj stosunek do tracheotomii wywołały żywą dyskusyję. Autor opisuje sposób wykonania intubacyi, podnosi jéj wszystkie zalety i wady, a wreszcie przychodzi do ostatecznych wniosków. Wykonanie intubacyi polega na wprowadzeniu i pozostawieniu w krtani odpowiednio do wieku dziecka i budowy tchawicy przystosowanych rurek (*tubus*). W porównaniu z tracheotomiją jest intubacyja zabiegiem znacznie prostszym, da się znacznie szybciéj i bez wyuczonéj asystencyi wykonać, czas leczenia jest w pomyślnych przypadkach krótszym, a wreszcie niema tych wszystkich niebezpieczeństw, jakie rana tracheotomijna z sobą przynosi. Przeciw intubacyi podnosi autor jednak również wiele ciężkich zarzutów, ponieważ nakrywka głośni nie może dobrze wejścia do krtani domykać, dzieci zachłystują się i z tego powodu albo skazane są na głód i pragnienie lub też części pokarmów dostają się do dróg oddechowych i wywołują zapalenie płuc skutkiem zachłyśnięcia, rurka pozostająca w krtani wywołuje wkrótce odleżynę z jéj następstwami. Najcięższym może zarzutem jest trudność w wykrztuszaniu błon dławcowych i możliwość zatkania niemi wązkiego światła rurki. Téj ostatniéj okoliczności, że światło rurki jest stosunkowo małe, przypisuje autor, obok zatrzymywania się wydzielin oskrzeli i tchawicy, także niedostateczny przypływ powietrza do wentylacyi płuc po-

[1]) W krakowskiéj klinice pedyjatrycznéj wykonywa się intubacyję od listopada 1890 r.

trzebnego. Gdy drobne oskrzela są wolne, niema to wielkiego znaczenia, przy wikłającem jednak dławcu, zajęciu sprawą chorobową mniejszych oskrzeli wielce ważną jest wentylacyja płuc. W tych komplikowanych przypadkach intubacyja celu nieosiągnie, należy więc wykonać tracheotomiję. Ten sam stosunek zachodzi, gdy po wykonaniu intubacyi sprawa chorobowa posuwając się zajmie oskrzela, należy wtedy wykonać tracheotomiję następową. Najciekawszem może jest zestawienie wyników tego zabiegu i wyników tracheotomii. Wyleczenie za pomocą tracheotomii osiągnięto średnio w 39·8%; za pomocą intubacyi 36·2%. Z powodu gorszych wyników téj ostatniéj, autor jeszcze raz zwraca uwagę, aby w cięższych przypadkach, gdzie zajęte są także oskrzela, téj operacyi nie wykonywano, a natomiast zaleca ją we wszystkich lżejszych przypadkach, a zwłaszcza w praktyce prywatnéj, gdzie wykonywaniu tracheotomii stają różne uboczne względy na przeszkodzie. W końcu dochodzi do następujących wniosków: 1) Podobnie jak tracheotomiję, można w pewnych razach, w dławcu krtani stosować intubacyję celem usunięcia zwężenia. 2) We wszystkich przypadkach zajęcia oskrzeli nie należy wykonywać intubacyi tylko tracheotomiję. 3) Gdy w biegu choroby po intubacyi zostaną zajęte także oskrzela, jaknajprędzéj do następowéj tracheotomii przystąpić wypada. *Dr. Raczyński.*

Dentystyka.

Doc. Dr. Wilhelm Vajna (Klausenburg): **O wyrywaniu głęboko odłamanych korzeni zębowych za pomocą kleszczy korzeniowych trójsiecznych.**

Ekstrakcyja zębów, pruchnicą bardzo zniszczonych, których korzeń do znacznéj nieraz głębokości jest wydrążony tak, iż tylko powierzchowne, kruche warstwy zębowiny jeszcze istnieją, sprawia częstokroć znaczne trudności zwłaszcza u osób w sile wieku, o zdrowych i mocnych ścianach zębodołu. Z góry można być w takich przypadkach przekonanym, iż zabieg operacyjny z powodu nader niepomyślnych warunków za jednym razem się nie uda i trzeba zmieniać kleszcze albo też użyć innych instrumentów, celem doszczętnego wydobycia korzenia. Chory, idący do dentysty w tem przekonaniu, iż go tenże w jednéj chwili od dokuczliwego bólu uwolni, a nie pojmując wyjątkowego położenia, mimo, iż został przed przystąpieniem do operacyi o wszystkiem uprzedzony, traci zaufanie do dentysty i winę całą zrzuca na karb jego niezręczności.

Do usunięcia takich korzeni używamy albo kleszczy tak zw. resekcyjnych albo instrumentów działających jako dźwignie. Pierwszemi chwyta się przodkową i tylną ścianę dotyczącego zębodołu wraz z dziąsłem i wycina, a właściwie miażdży te części, aby wraz z niemi wydobyć także korzeń. Téj operacyi dokonywa się przeważnie tylko w górnéj szczęce, podczas gdy w dolnéj można po największéj części za pomocą instrumentów drugiego rodzaju dojść do celu. Lecz jakież ciężkie pozostawia po sobie następstwa owa operacyja! Pominąwszy chwilowo podczas rękoczynu zadany ból, tenże przeciąga się potem tygodniami, dopóki zupełne wydalenie zmiażdżonych kawałków kości nie nastąpi i rana dziąsłowa i kostna się nie zagoi, daléj powstają niekiedy ciężkie do zatamowania krwotoki oraz uszkodzenia przegrody kostnéj międzyzębodołowéj, przezco korzeń jednego lub drugiego z sąsiednich zębów zostaje na większéj lub mniejszéj przestrzeni odsłoniętym, a tem samem istnienie jego zagrożone. Sprawa gojenia, któréj towarzyszy zawsze zapalenie ropne, postępuje nader powoli, z powodu niemożności zachowania ścisłéj antiseptyki, a ostatecznie po zupełnem zagojeniu pozostaje między zębami głęboka i szpecąca brózda.

Dźwignie, znane pod nazwą koziéj stópki (*Geissfuss*) lub dźwigni Leclusea, dają się tylko pomyślnie zastosować w dolnéj szczęce, podczas gdy w górnéj można przy zachowaniu nawet wszelkich ostrożności sprowadzić ciężkie uszkodzenia części miękkich jamy ust.

Wobec wspomnianych wyżéj okoliczności doznać musi każdy lekarz, zajmujący się czy to specyjalnie chorobami zębów, czy też dorywczo dentystyką, pewnego radosnego uczucia na wieść, iż podano instrument, którego zadaniem jest bez znacznéj szkody dla otaczających części zęba, wydobyć na pewno jego korzeń. Takim instrumentem mają być podane przez Doc. Dra Vajnę w Koloszwarze tak zw. kleszcze korzeniowe trójsieczne. Mają one postać angielskich kleszczy bagnetowych Nr. 51, z tą różnicą, iż wypukła zewnętrzna powierzchnia dzióbów, przedstawia tutaj dwie wklęsłe powierzchnie, oddzielone od siebie listwą tak, iż koniec każdego dzióba ma, z góry widziany, kształt lit. T, a belki poprzeczne tych liter są w obu dzióbach ku sobie zwrócone —| |—. Wszystkie krawędzie w ten sposób powstałe są wyostrzone. Działają one po wprowadzeniu między korzeń a ściany zębodołu, przy miernym ucisku, jako dłuto i niejako prują ściany zębodołu wargową i podniebieniową, dopóki obydwa dzióby nie obejmą korzenia w należytéj wysokości to jest w miejscu, gdzie ściany jego są dość silne, aby podczas ekstrakcyi się nie pokruszyły. Przy tem nie można naturalnie stosować luksacyi obrotowéj, naokoło osi podłużnéj korzenia, ale należy używać ruchów na zewnątrz i wewnątrz.

Kleszcze te mają zastosowanie przy wyrywaniu korzeni górnych zębów, głównie dwuguzikowych, ale także dla korzeni dolnych podaje V. kleszcze, oparte na téj saméj zasadzie, a mające kształt angielskich kleszczy korzeniowych Nr. 33, z dzióbami odpowiednio zmodyfikowanemi.

Przed innemi istrumentami, służącemi do wyrywania głęboko w zębodole odłamanych korzeni, mają więc podane przez V. kleszcze zalety następujące:

a) Operacyja nie jest boleśniejsza, jak przy zwykłéj ekstrakcyi, a o wiele mniéj przykra, jak przy używaniu kleszczy resekcyjnych.

b) Wykonanie operacyi jest równie szybkie, jak w tych przypadkach, gdzie korzeń dość silny zewnątrz ścian zębodołu można uchwycić.

c) Nie może nastąpić ani złamanie ścian zębodołu, ani zmiaździenie dziąseł, albowiem ostre krawędzie przecinają oprawę kostną zębodołu pod dziąsłami, przez co unika się sztucznego wytworzenia otwartéj rany kostnéj. (*Oester. ungar. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk.*, 1891, zeszyt I).

Dr. Szymkiewicz.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dn. 17 grudnia 1890.

Przewodniczący: kol. Mars. — Obecnych członków 46.

1) Kol. Browicz zdaje sprawę z badań histologicznych skrawków, wyciętych z ognisk gruźliczych u chorych leczonych środkiem Kocha w klinice prof. Rydygiera (wykład ten umieszczony jest w Nrze 51 „Przegl. Lek." z r. 1890).

2) Kol. Antoni Gluziński mówi o swoich doświadczeniach, opartych na 2 tygodniowych badaniach chorych dotkniętych gruźlicą płuc, a leczonych sposobem Kocha („Przegl. Lek.", Nr. 51, 1890).

Dr. Lesław Gluziński ze Lwowa zabiera głos w dyskusyi. Dalszą dyskusyję odroczono dla spóźnionéj pory do posiedzenia następnego.

3) Zgodnie z wnioskami komisyi przedwyborczéj, przedstawionemi przez kol. Domańskiego, wybrani zostali jednogłośnie: prezesem kol. Antoni Gluziński; zastępcą prezesa kol. Ponikło; bibliotekarzem kol. Murdzieński; sekretarzem dorocznym kol. Rosenzweig; redaktorem „Przeglądu Lek." kol. Blumenstok; delegatami do Towarzystwa lekarzy galicyjskich kol. Krówczyński i Rieger we Lwowie; delegatem do komisyi sanitarnéj krakowskiéj kol. Łazarski; członkami komisyi redakcyjnéj „Przegl. Lek." kol. Cybulski, Mars, Obaliński i Oettinger; kontrolorami: kol. Domański i Ponikło.

4) Jednogłośnie na członków Towarzystwa przyjęto koll. Łepkowskiego, Orskiego i Kryńskiego.

5) Wniosek kol. Ściborowskiego, aby uroczyście obchodzić rocznicę 25-letniego istnienia Towarzystwa w dniu 5/1

1891 r., odesłano dla bliższego określenia do komitetu Towarzystwa.

6) Uchwałę komitetu, aby w „Przegl. Lek." w porządku dziennym umieszczano przed posiedzeniem nazwiska członków proponowanych, odesłano również do komitetu, celem bliższego określenia wniosku tego.

7) Wybrano jednogłośnie kol. Marsa delegatem do komisyi mającéj czuwać nad budową pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

8) Uchwalono, że komitet Towarzystwa ma się starać o wysłanie memorandum do ministerstwa spraw wewnętrznych; a) celem zaprowadzenia różnokolorowych etykiet na lekach, mających być zewnętrznie lub wewnętrznie użytych; b) aby na etykietach była wyszczególniona recepta.

9) Uchwalono wysłać telegram z życzeniami dla Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu, obchodzącego w tym czasie jubileusz istnienia swego.

10) Przyjęto do wiadomości, że komitet budowy domu własnego Towarzystwa, zamierza urządzić zabawę ściśle w gronie lekarskiem, a dochód z téjże obrócić na fundusz budowy domu.

11) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że podda dyskusyi na przyszłych posiedzeniach sprawę mającego się założyć w Krakowie Towarzystwa ratunkowego.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

I. Posiedzenie w dn. 14 stycznia 1891.

Przewodniczący: kol. Mars. — Obecnych członków 28.

1) Prezes w dłuższem przemówieniu skreślił życiorys i oddał hołd zasługom zmarłego prof. Szokalskiego, honorowego członka naszego Towarzystwa, na którego pogrzebie Tow. osobiście reprezentował i złożył wieniec na trumnie imieniem kolegów krakowskich. Następnie zaznaczył stratę, jaką poniosło Towarzystwo przez śmierć ś. p. Doc. Karola Goebla. Cześć pamięci obu oddali obecni przez powstanie.

2) Sekretarz stały kol. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie doroczne z prac Towarzystwa, które i w tym roku swemu celowi w godny sposób zadość uczyniło, tak pod względem naukowym, jak i obywatelskim.

3) Skarbnik Tow. kol. Zarewicz odczytał sprawozdanie kasowe.

4) Kol. Domański zdał sprawę z funduszów „Przegl. Lek." w zastępstwie chorego kol. Cybulskiego, poczem imieniem komisyi kontrolującéj, która tak w księgach Skarbnika, jak i administratora „Przeglądu" znalazła wzorowy porządek, wniósł, aby udzielono obu absolutoryum za r. p. Wniosek przez aklamacyją przyjęto.

5) Kol. Domański wnosi, aby majątek Towarzystwa nie był jak dotąd jedynie w listach galicyjskich umieszczany, coby w razie wojny mogło narazić Towarzystwo na brak środków pieniężnych, choćby tylko przejściowo, ale aby przynajmniéj do połowy ogólnéj sumy umieścić w papierach innych krajów koronnych. Wniosek odesłano do komitetu.

6) Kol. Łazarski mówił o pracach komisyi sanitarnéj, która na czterech w r. z. odbytych posiedzeniach różne kwestyje bieżące brała pod rozwagę.

7) Kol. Jakubowski jako przewodniczący komisyi budowy domu, która zawiązana za inicyjatywą kol. Marsa prace swe w r. z. rozpoczęła, zawiadamia, iż w tym celu subskrybowano już kwotę 4120 złr., z któréj złożono w gotówce 660 złr. Piknik, który miał się odbyć stosownie do aprobaty Towarzystwa na cel budowy domu, nie przyjdzie do skutku, a odbędzie się tylko zabawa z charakterem czysto prywatnym.

8) Komisyja sprawozdawcza Virchowa i Hirscha nie była reprezentowaną na posiedzeniu. Wniosek kol. Trzebitzky'ego, aby zaraz obrać nowych jéj członków, odesłano do komitetu.

9) Kol. Gluziński zdaje sprawę z czynności komisyi przemysłowéj, która odbyła dwa posiedzenia, badała nadesłane przetwory i poczyniła starania, aby na wystawie na tegorocznym zjeździe środki przez Towarzystwo zatwierdzone osobno były reprezentowane. Na miejsce ustępującego kol. Gluzińskiego obrano jednomyślnie do téj komisyi kolegę Poniklę.

10) Bibliotekarz kol. Murdzieński odczytuje sprawozdanie doroczne.

11) Kol. Obaliński zapytuje Prezesa co do sprawozdań z funduszu wdów i sierót; po odpowiedzi Przewodniczącego czyni wniosek poparty przez koll. Domańskiego i Zarewicza, aby żądać od zarządu wspomnianego funduszu, iżby zechciał sprawozdania swe i członkom Towarzystwa krak. jako równie interesowanego przesełać. Rzecz tę ma się polecić delegatom naszym we Lwowie.

12) Prezes w przemówieniu pożegnalnem, zaznaczając ożywiony ruch naukowy naszego Towarzystwa, które we wszystkich sprawach bieżących tak żywy brało udział, dziękuje kolegom, którzy swą zawsze chętną pracą dla Towarzystwa jemu w tak wysokim stopniu urzędowanie ułatwiali.

13) Obecni przez aklamacyją przyjmują wniosek kol. Obalińskiego, wyrażający Prezesowi podziękowanie za energiczne i pełne zapału oddawanie się sprawom Towarzystwa.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

III. Posiedzenie w dn. 21 stycznia 1891.

Przewodniczący: Prof. Gluziński. — Obecnych członków 34, jako gość kol. Bujakowski z Druskiennik.

1) Kol. Przewodniczący dziękując za wybór zaznacza, iż dobro Towarzystwa od współdziałania wszystkich członków zawisło, mniéj zaś od czynności jednostek, prosi przeto kolegów o poparcie w pracy dla dobra i rozwoju Towarzystwa podjętéj.

2) Kol. Ponikło zastępca przewodniczącego, w krótkich słowach dziękował kolegom za wybór.

3) Kol. Hempel przedstawił preparat z zakładu prof. Browicza. Przypadek dotyczy mężczyzny 24 letniego z rozpoznaniem klinicznem *Clolelithiasis*, u którego sekcyja stwierdziła w części odźwiernikowéj żołądka wrzód okrągły wielkości dłoni dziecka. W dnie wrzodu komunikacyja z kiszką grubą, otworem drożnym dla palca. Brzegi wrzodu nierówne, naciekłe, okazują naciek nowotworowy (*carcinoma medullare*). W głowie trzustki, w wątrobie, gruczołach kreskowych i sieci liczne przerzuty. Ogólna żółtaczka i objawy hydraemii.

4) Kol. Obaliński przedstawia chorego operowanego własną metodą z powodu gruźlicy kosci stępu. Metodę tę przedstawił prelegent na drugim zjeździe chirurgów polskich. Kształt i funkcyja stopy bardzo dobra, blizny na podeszwie prawie nie widać, gojenie odbyło się *per primam*. Dla przekonania się, czy wszystkie części gruźlicze wyjęto, robił prelegent choremu injekcyje płynu Kocha, wystąpiła reakcyja miejscowa i ogólna i dlatego stopa dotąd lekko jest obrzękła. Następnie przedstawia prelegent drugiego chorego, u którego analogicznie postąpił z powodu gruźlicy kości ręki lewéj. I tu po injekcyjach kochiny wystąpił obrzęk. Co do injekcyi płynu Kocha, to stosował prelegent środek ten w 36 przypadkach. W ogóle rezultaty nie są zachęcające. Najskuteczniejszym okazał się środek ten w leczeniu *lupus*, chociaż zupełnego wyleczenia dotąd nie osiągnięto, pomimo wysokich dawek i dłuższego stosowania. U jednéj choréj już reakcyi otrzymać nie można, co zmusza do wyskrobania pozostałego nacieku.

W gruźlicy kości w wielu przypadkach uważa prelegent za korzystną drogę operacyjną po stosowaniu kochiny. Bardzo ważnym jest środek ten jako dyjagnostyczny, 1-mo, aby się przekonać po operacyi, czy wszystkie części gruźlicą zajęte usunięto, 2-do dla odróżnienia od cierpień niegruzliczych, jak to prelegent dwukrotnie obserwował w cierpieniach stawu kolanowego, gdzie po injekcyjach kochiny odczynu nie było, a leczenie w jednym przypadku przeciwreumatyczne, w 2-gim przeciwkiłowe dobry odniosło skutek. W leczeniu gruźlicy skóry i gruczołów limfatycznych za pomocą kochiny, rezultaty są mierne.

5) Kol. Kryński przedstawił zarys rozwoju nauki o ropieniu w ciągu ostatniego dziesiątka lat, biorąc za punkt wyjścia ten jéj stan, jaki stworzyły badania Virchowa i Cohnheima. Prace Kocha, Rosenbacha i innych, podawszy szereg postaci drobnoustrojowych, dowiodły niewątpliwego ich związku przyczynowego z procesami ropnemi. Równocześnie jednak podjęte badania przy pomocy najnowszych metod bakteryjologicznych wykazały, że ropienie powstać może bez współdziałania mikroorganizmów, że pewne ciała chemiczne bez udziału mikroorganizmów są w sta-

nie wywołać ropienie (terpentyna, rtęć, azotan srebrowy) i że ropienie zawsze jest wynikiem działania pewnych ciał chemicznych na tkankę, bo i samo działanie drobnoustrojów zależy od ich chemicznych wytworów. Wreszcie zaznacza prelegent kwestyję swoistości zapaleń ropnych, którój rozwiązanie wypada w duchu przeczącym. Według najnowszych spostrzeżeń oprócz przyjętych ogólnie drobnoustrojów ropotwórczych i wiele innych jak: prątki durowe, *pneumobacillus* itd. mogą w pewnych warunkach wywoływać zapalenie ropne. W dyskusyi zabierali głos koll. Obaliński, Mars, Zaręba, Hempel, przewodniczący i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Józef Rosenzweig.*

IV. Posiedzenie w dn. 4 lutego 1891.

Przewodniczący: kol. Gluziński. — Obecnych członków 28.

1) Koll. Świtalski i Kosmiński przyjęci jednogłośnie na członków zwyczajnych Tow. lek.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia kolegów o zmianie statutu przez Tow. lek. galicyjskie.

3) Kol. Wilkosz wygłosił zapowiedziany odczyt o zapobieganiu krwotoku przy eksartykulacyi w stawie biodrowym. Metodę, o którój mowa, używał w klin. krak. Prof. Bryk, a polega ona na wbijaniu 2-ch kolców metalowych, z których jeden nad trochanterem, 2-gi po wewnętrznéj stronie uda. Powyżéj tych kolców zakłada się opaskę Esmarcha. W ten sposób opaska nie zesuwa się, krwotoku wśród operacyi niema, jak przy zwykłéj amputacyi.

W dyskusyi zabierali głos koll.: Rydygier, Obaliński i prelegent.

4) Kol. Surzycki wygłosił zapowiedziany odczyt o działaniu nowych środków nasennych (odczyt ten będzie ogłoszony w „Przeglądzie Lek“.

W dyskusyi zabierali głos koll. Wilkosz, Żuławski, Pieniążek i Obaliński.

Sekretarz: *Dr. J. Rosenzweig.*

VII. Karol Marcinkowski w literaturze i praktyce lekarskiéj.

Praca doktorska: *De fontibus indicationum generatim.* Studyja w Paryżu. Stan nauk lekarskich w ówczesnéj Francyi. Po powrocie do kraju wydane rozprawy: *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel* i *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu.* Praktyka na emigracyi. Niektóre poglądy naukowe w listach wyrażone. Praktyka po powrocie z emigracyi. Sztab lekarski. Podróżowanie konno. Marcinkowski jako dyjagnostyk i terapeuta.

Podał

Dr. J. Zielewicz z Poznania.

(Dok. Patrz Nr. 13).

Pozostaje nam jeszcze dorzucić kilka rysów, charakteryzujących Marcinkowskiego w jego praktyce lekarskiéj według tego, jakim nam go przekazała tradycyja, tudzież niektóre świadectwa piśmienne.

Powodzenie Marcinkowskiego było wyjątkowe, a miało swe źródło w tem, że już od lat szkolnych i uniwersyteckich otaczała go aureola człowieka niezwykłéj miary. Młody i niedoświadczony wstępnym bojem zdobywał sobie wziętość tak, że kiedy w r. 1829, a więc w sześć lat po objęciu praktyki, ciężko zaniemógł, po kościołach poznańskich modlono się o jego zdrowie, arcybiskup Wolicki powierzył mu się w chorobie, a po śmierci tegoż prałata obywatelstwo lekarza jego publicznem uczciło uznaniem. Krótka jego działalność przedrewolucyjna w Zakładzie śś. Miłosierdzia nosiła na sobie cechę niezmordowanéj pilności, obok starania o pomnożenie liczby chorych. Tradycyja też niesie, że wraz z Drem Sznejderem podejmował tamże operacyje i ze zwykłym sobie idealizmem nad operowanymi czuwał.

Na emigracyi, pracując nad wzbogaceniem swéj wiedzy lekarskiéj, nie odmawiał też pomocy współbraciom, a jak rozgłośnem musiało być już wówczas imię Marcinkowskiego, dowodzi wzmianka o nim w listach braci Mochnackich [1]), z których jeden, Maurycy, radził się w Paryżu nieznanego sobie przedtem poznańskiego lekarza i nazywa go „sławnym naszym Marcinkowskim“. Z listów do jenerała Chłapowskiego dowiadujemy się, że leczył także jenerała Caramana w Paryżu, a przedewszystkiem listy te są nam dowodem, że zaufanie wiernych przyjaciół ścigało go i za granicą. Radzono go się wciąż z daleka: to Maciéj Mielżyński za pośrednictwem jenerała o swoje ramię, to jenerał sam o zaatakowanie ucha, które się też z czasem zupełną skończyło głuchotą. Jenerał jednak nic sobie z niéj nie robił, i gdy przed nim ubolewano nad jego kalectwem, zwykł był powtarzać z cierpliwym uśmiechem: „Dosyć się już w życiu nasłuchałem;“... Marcinkowski na kilkakrotne listowne zapytania jenerała odpowiada zawsze szczegółowo, i acz pisze do niele karza, odsłania mu swoje zapatrywania naukowe pod niejednym względem.

I tak rozpisuje się (Paryż dnia 22/4 1833) obszernie o chorobach mózgowych i widać ze słów jego, że w tym dziale chorobowym przyswoił sobie poglądy anatomiczno patologiczne swoich mistrzów paryzkich, ale kończy ostatecznie apelacyją do sił natury, która „po długim przeciągu lat leczy choroby, które my w naszem partactwie za nieuleczalne uważamy“. Mądrość praktyczna, w tem zdaniu wyrażona, nasuwa nam sposobność zwrócenia uwagi na zdanie Marcinkowskiego o ówczesnéj medycynie francuzkiéj, w którój widział postęp, ale także i wiele urojeń teoretycznych. Przyznaje Francuzom „nadzwyczajną bystrość w wynajdywaniu środków na dochodzenie siedliska i natury choroby, ale ich lekka żywość w zastosowaniu najczęściéj prowadzi do całkiem jednostronnych systematów“ (Paryż d. 21/10 1832, innemi słowy: anatomija patologiczna i dyjagnostyka fizykalna szkoły francuzkiéj imponują Marcinkowskiemu, ale z terapiją téjże szkoły nie może się pogodzić. A jednak zgodnie z ówczesnemi poglądami radzi Maciejowi Mielżyńskiemu na reumatyzm ramienia zastosować moxy, na kaszel p. jenerałowéj Chłapowskiéj wesykatoryje i dłuższe jątrzenie rany, kościomięsak (*osteosarcoma*) u osoby w starszym wieku radzi wypalać żelazem, a dotychczas żyje i czerstwem cieszy się zdrowiem jedna z pacyjentek, którój Marcinkowski w durze (tyfus) aplikował na głowę rozżarzone żelazo.

Po powrocie z emigracyi praktyka jego przybrała rozmiary ogromne, a ponieważ mieszkanie jego było zarazem główną kwaterą ówczesnych ludzi czynu, więc też — jak tradycyja niesie — panował tam ruch niezwykły. O każdéj porze dnia, a często i w nocy widziano tam na schodach, w sieni, w przedpokoju rzesze chorych i interesentów wszelakiego stanu i płci, wyznania i narodowości. W poobiednich zaś godzinach konsultacyjnych odbywał się rodzaj — jak to dziś się nazywa — polikliniki, gdzie zastęp młodych kolegów, uznających w „Marcinie“, jak go poufnie między sobą nazwano — swego mistrza, asystował mu i pomagał w załatwianiu się z chorymi. Z tego sztabu lekarskiego wysyłał Marcinkowski młodszych kolegów na prowincyją, gdzie mu się zdawała potrzeba osiedlenia się lekarza. I słuchano go, bo atrakcyjną siłę Marcinkowskiego stanowiła bezgraniczna miłość kraju, wobec którego to względu wszystkie inne milknąć musiały.

Aby uczynić zadość rozległéj praktyce, a nie zaniedbać spraw publicznych, których się na wątłych jego ramionach gromadziło coraz więcéj, obok jazdy powozowéj posługiwał się jazdą konną. Sam lubił i trzymał dzielne konie — rozstawiał je w czasie swych podróży — ale często dosiadywał też koni nieujeżdżonych, jakich właśnie mógł dostać. Ze taki sposób podróżowania musiał zrujnować jego zdrowie — to rzecz jasna — ale jemu się właśnie zdawało, że konna jazda mu służy i być też może, że dla płuc jego ruch ten byłby zbawiennym, w miarę używany. Twierdził zresztą, że nigdy zdrowszym się nie czuł, jak na koniu w kampanii

[1]) Listy M. Mochnackiego i brata jego Kamila itd. Poznań, 1863, str. 212.

r. 1831. Spółcześni zdumiewali się nad tym hartem i odpornością wątłego ciała, wystawionego nieustannie na bezsenność i niewygody takiego podróżowania, a wracającego po najcięższych wysileniach do nowych zajęć i do nowych trudów.

Dyjagnostykiem był Marcinkowski biegłym — terapeutą racyjonalnym i prostym [1]), a u najpierwszych lekarzy swego czasu, gdy miał sposobność z nimi się zetknąć, zyskiwał sobie uznanie swoich zdolności. „Ja znam się trochę na dyjagnozie, rzekł Marcinkowski, ale Schönlein patrzy na chorego, jak gdyby był szklany". A na to Schönlein, gdy mu te słowa powtórzono, odparł: *ja, ich möchte gern den klaren Blick Marcinkowski's haben* opowiada ks. W. Kalinka [1]), który wiadomości swoje czerpał z kół, w ścisłym z Marcinkowskim zostających stosunku.

Atoli i na to się wszyscy współcześni zgadzają, że miał w sobie owo „coś", czego ani nauką, ani staraniem nikt nie zdobędzie, a na czem właśnie polegała skuteczność jego terapeutycznych zabiegów, mimo, że zachowanie się jego wobec chorych nie miało być zbyt delikatnem, ale szczerem i nacechowanem godnością [2]).

Już za życia Marcinkowskiego wiedziano w kołach nielekarskich, że „sztuka jego miała urok, który podobno skuteczniéj niekiedy działał, niżeli środki, które przepisywał. Oblicze jego przy łóżku chorego, nieprzesadne słowa pociechy, były jak gdyby zażegnaniem choroby, do którego środek lekarski był niejako pobocznym tylko dodatkiem [3])". Są to słowa męża, wysoko wykształconego, ale nielekarza, a każdy z nas wie z codziennego doświadczenia, że psychiczne wpływy w wielu razach są ważnym czynnikiem terapeutycznym. Posługiwał się też niemi Marcinkowski w różnéj mierze i w różny sposób, jak opowiada tradycyja. Powołany raz do łoża śmiertelnie choréj młodéj kobiety, przywiózł jéj — lalkę, pięknie wystrojoną, jak dziecku mówiąc, aby się bawiła... Umiał też trafiać celnie do przekonania tych, których mu wypadło nakłonić do zabiegów terapeutycznych, nieraz nader bolesnych, a w jego przekonaniu koniecznych. I tak jenerałowéj Chłapowskiéj radzi na kaszel wesykatoryję i nie przypuszcza wcale oporu ze strony pacyjentki, ale innéj damie na kłucie w boku poleca zawłokę i tu z góry zbroi się w argumenty — tym razem patryjotyczne. W rodzinie pp. Poplińskich z pietyzmem przechowują karteczkę Marcinkowskiego z dnia 26-go kwietnia 1836 roku. W piśmie tym czytamy:

„Dr. Metzig (Leszno) doniósł mi o teraźniejszym stanie zdrowia Pani, a ja jak heretyk proponuję mu, aby Pani na bok postawił małą zawłokę. Nie myśl Pani, aby to było tak okrutne lekarstwo, jak się wydaje, boli prawda trochę, ale za to jest jednym z najskuteczniejszych środków na ciągle na nowo odzywający się ból w boku. Powiesz Pani, że na to trzeba odwagi. Anibym śmiał proponować tego, gdybym nie wiedział, że Polkom odwaga wrodzoną zaletą. Spodziewam się, że Pani méj rady nie odrzucisz. Możesz być przekonana, że z rozwagą, z namysłem i ze szczerem życzeniem polepszenia zdrowia Ci ją daję. Wasz przyjaciel *Marcinkowski*".

List powyższy stoi w ścisłym związku z poglądami Marcinkowskiego na terapiją chorób płucowych. W zapaleniu płuc, jak to widzimy z jego rozprawy o transfuzyi — nie był zwolennikiem gwałtownych upustów krwi, owszem bardzo racyjonalnie twierdził, że tym sposobem zapalenie nie wstrzymamy, a organizm osłabiamy. Co się zaś tyczy gruźlicy, przypuszczał możność uleczenia jéj za pomocą częstych przetaczań krwi z osobników zdrowych, ale sam był suchotnikiem i wiedział o tem, a co do terapii swego cierpienia najwięcéj sobie samemu zawierzał, więc warto przypatrzyć się jego zabiegom około własnego wyleczenia. Otóż, jak zwykle w gruźlicy, spokój, wypoczynek kilkotygodniowy na wsi i pobyt w zdrojowiskach przywracał mu znów na jakiś czas siły. W końcu życia, gdy te środki nie wystarczały, podobno sypiał w oborze, lecząc się ciepłem zwierzęcem, późniéj, jak to widać z listu do Macieja Mielżyńskiego (5 IX. 1846) brał mleczną kuracyję, a gdy to nie skutkowało, próbował cytryn, zimnych kąpieli nasiadowych, wreszcie przystawiał pijawki *ad anum*. I tu stawa znów na stanowisku Broussaisa, który sam i jego zwolennicy ogromnemi masami pijawek starali się przeciąć chorobę. Za pobytu Marcinkowskiego w Paryżu metoda ta kwitła jeszcze we Francyi w najlepsze, o czem we wzmiankowanych już listach braci Mochnackich, z których jeden, jeśli nie obaj, padli ofiarą suchot, można się dowodnie przekonać.

Suchoty i alteracyje psychiczne r. 1846 przecięły nić szlachetnego żywota, o którem już pierwszy jego biograf słusznie mógł powiedzieć z Horacym: *Integer vitae scelerisque purus...* Obywatel całą duszą krajowi oddany, żołnierz nieustraszony na polach bitew, jako lekarz podziśdzień żyje w pamięci naszego społeczeństwa.

Mężowie wielkiego serca o wiele trwalsze ryją po sobie ślady w pamięci potomnych, niż ludzie głębokiego tylko rozumu — pamięć mędrców zacierać się zwykła, nim nawet pisane ich księgi miały czas pożółknąć, żywa wdzięczność potomności zamogilnym żalem i wierną pamięcią ściga tych, którzy nietylko swe rozumy, ale i serca dzielili wśród braci. Mówią, że zapał rodzi cuda — bez zapału zawód nasz lekarski nie może być kapłaństwem, jakiem go namaszcza wzniosłość nauki i zadania, które mu do spełnienia przypadło w udziale... Zaprzeć się samego siebie, poświęcić nieraz szczęście rodziny i swoje dla drugich, a wśród trudów i wielorakich krzyżów, nieodłącznych od tego zawodu, wytrwać z godnością i nie skalać chorągwi, któréj się wierność przysięgło: to wszystko jeszcze nie dosyć, aby z chlubą spełnić zadanie lekarskiego żywota. Świat nas wśród mędrców liczy, że zdumieniem spogląda na sztukę, ale w jéj kapłanach rad widzieć mężów, którzy duszę swą dają dla bliźnich i za bliźnich.

Takim był Marcinkowski... *Habes in illo quod mireris, habes quod imiteris* — znajdziesz w nim wiele do podziwiania, znajdziesz i do naśladowania.

[1]) L. Gąsiorowski. *Zbiór wiadomości* itd. Tom III. str. 428.
[2]) Jenerał Dezydery Chłapowski. Poznań. 1885. — [3]) Cegielski l. c. str. 32.

VIII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** dnia 3 kwietnia.

Komitet VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników na posiedzeniu w dniu 16 marca 1891 r. uchwalił wybór prelegentów, którzy mają wygłosić odczyty na posiedzeniach ogólnych i postanowił rozesłać zaproszenia do wzięcia udziału w Zjeździe wraz z odpowiednią odezwą i programem Zjazdu do wszystkich lekarzy i przyrodników, których adresa będą znane. W końcu zastanawiano się nad sprawą przyjęcia Gości.

Dr. Zarewicz: sekr. gener.

* Wskutek uchwały senatu akademickiego wiedeńskiego uniwersytetu począwszy od końca b. r. będzie wychodziło corocznie sprawozdanie z roku szkolnego, zawierające dokładną kronikę uniwersytecką.

* Promocyja *en mase*. D. 21 b. m. we Wiedniu jednocześnie odbyto 53 promocyj doktorandów medycyny. Z powodu, że każdy doktorand przybył w otoczeniu członków rodziny i znajomych, w auli było tak ciasno, że musiano część gości pomieścić na galeryjach, a po ukończeniu ceremonii powstał taki ścisk, że musiano powoli salę wypróżnić. Promotorem był prof. Maynert, a dziekanem prof. Zuckerkandel.

* Zeszyt marcowy *Zdrowia* zawiera bardzo ciekawy wyciąg z elaboratu przełożonego wydziału statystycznego departamentu lekarskiego w Petersburgu, dotyczący statystyki lekarzy w Rosyi. Wszystkich lekarzy, od których otrzymano żądane wiadomości, okazało się 12274 mężczyzn i 409 kobiet; liczba ta stanowi jednak tylko $^9/_{10}$ całéj ilości lekarzy istniejących w Rosyi podług źródeł urzędowych.

Stosunek lekarzy zajmujących się praktyką do ludności licząc na 100,000 mieszkańców jest dla całéj monarchii 8,4 w Rossyi europejskiéj 9.2, w Syberyi 3.8, podczas gdy podług źródeł urzędowych, zebranych przez autora, w Austryi stosunek ten jest

20.8 (z r. 1886), w Niemczech 30.9, w Belgii 45.1 (1888), w Szwajcaryi 52.2 i w końcu w Anglii 63.8.

Praktyką ogólną zajmuje się 78%, reszta są specyjaliści, z których 10% stanowią terapeuci, 3.6% chirurdzy.

Stosunek lekarzy danéj narodowości do liczby mieszkańców téjże narodowości wypada:

Wielkoruskich	22.3	na miljon m. téjże narodowości
Małoruskich	32	" " " " "
Litwinów	132.5	" " " " "
Polaków	407.8	" " " " "
Żydów	560.3	" " " " "
Niemców	676.0	" " " " "

Podług wyznania: prawosławni 51.81%, katolicy 20.38, starozakonni 14.63, luteranie 10.18.

* W Nrze 3 *Kroniki Lekarskiéj* znajdujemy następującą uwagę:

Onego czasu był zwyczaj, że *Kronikę Lekarską* „powagom naukowym" darmo posyłano; wówczas mieliśmy kilkudziesięciu prenumeratorów w Galicyi i W. X. Poznańskiem. Z chwilą ustania tych dobrodziejstw literackich liczba ta zmalała do kilku za ledwie, tych jednak z końcem roku musiano wykreślić z liczby płatnych prenumeratorów, tak, że już od lat paru w całéj Galicyi niemamy ani jednego płatnego prenumeratora! — Smutne, ale prawdziwe.

* *St. Petersb. medic. Wochenschr.*, Nr. 11 podaje, że prof. M. Nencki powołania do Petersburga nie przyjął.

* Prof. patologicznéj anatomii w Würzburgu dr. Rindfleisch został wybrany 49 głosami przeciw 33 na zagranicznego członka paryskiéj Akademii medycznéj. Od czasu Franko-Pruskiéj wojny jest to pierwszy przypadek powołania Niemca na członka Akademii. Zaszczytu tego do dziś dnia dostąpili tylko Virchow, Bunsen i Helmholtz — (*St. Petersb. medic. Wochenschrift*, Nr. 11).

* Przy miastowym szpitalu w Petersburgu zostały otwarte specyjalne kursa farmakologiczne dla kobiet. Środków na utrzymanie kursów dostarczyli członkowie komitetu szpitalnego. (*Ibidem*).

* **Nekrologija.** W Wiedniu zmarł po ciężkiéj chorobie prof. położnictwa dr. Braun v. Fernwald.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne we Środę dnia 8 kwietnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w sali wykładowéj prof. Łazarskiego (ul. św. Anny, *Collegium physicum*). — Porządek dzienny: 1) kol. Kryński: O torbielach trzustki (z demonstracyjami); — 2) kol. Wojtaszek: a) O nowym środku antiseptycznym (sulfaminolu); b) czy sole żelaza mogą działać trująco na organizm zwierzęcy? 3) **Posiedzenie poufne w sprawie ważnéj.**

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 11 Kwietnia 1891. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego.

(Le traitement a l'air libre. — Permanente Freiluftcur).

Podał

Dr. W. Jaworski,

profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Najnowsze usiłowania terapeutyczne Kocha, Liebreicha i innych dozwalają spodziewać się, że z biegiem czasu nastąpi w leczeniu gruźlicy zwrot pomyślniejszy. Nie należy jednak wątpić, że i dotychczasowe czynniki higijeniczne, stosowane w przebiegu gruźlicy, jakoto: dobre żywienie i czyste powietrze, zatrzymają swoje znaczenie. Daty statystyczne podane przez Brehmera, Dettweilera i innych wykazują, że przez stosowanie czynników higijenicznych można otrzymać polepszenie (13%), a w niektórych przypadkach wyleczenie (8%) gruźlicy płuc. Nawet w praktyce prywatnéj znajdzie prawie każdy lekarz przypadki nieżytu szczytowego bardzo podejrzane o przyrodę gruźliczą, które po kilkomiesięcznym pobycie w górach lub na wsi ustąpiły.

Na dyjetyczno-higijeniczne postępowanie w gruźlicy płuc składają się oprócz innych higijenicznych szczegółów głównie dwa czynniki: obfite odżywianie i czyste powietrze. O tem ostatniem zamierzam tu bliżéj pomówić. Nie dlatego, jakoby ten czynnik w leczeniu chorób narządu oddechowego był u nas przez lekarzy zaniedbywany, lecz z tego powodu, że używanie świeżego powietrza bywa często w sposób zupełnie nieracyjonalny przepisywane, a o jego wpływie na przebieg gruźlicy płuc i krtani z mylnemi wyobrażeniami się spotykamy. Sądzę, że bliższe omówienie téj kwestyi przyczyni się do tego, że ten czynnik higijeniczny w praktyce prywatnéj lepiéj niż dotąd zostanie wyzyskany, szczególniéj u chorych, którzy nie są w możności udawania się do miejsc klimatycznych, jakoteż u naszéj ludności wiejskiéj, która w czasie choroby zwykła się chronić do dusznéj chaty, mając zewnątrz niéj bardzo cenny, a przystępny czynnik leczniczy.

Wyjaśnienie korzystnego wpływu powietrza czystego na przebieg suchot płuc jest dość trudne. Ze stanowiska czysto-patologicznego pomyśli niejeden: Cóż pomoże tu powietrze, jeżeli pod wpływem prątka wytworzyły się gruzełki w płucu? Trzeba jednak pamiętać, że obecność gruzełków w miąższu płucnym jest dopiero gruźlicą płuc, a nie suchotami tychże. Te ostatnie pojawiają się dopiero wtenczas, jeżeli gruzełki wraz z otaczającym je miąższem zapalnym ulegają przemianie wstecznéj czyli rozpadowi, a w stąd powstałéj masie rozpadowéj rozwija się wiele dotąd mało zbadanych drobnoustrojów (*M. tetragenus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* i t. d.), które się dostają z zanieczyszczonego powietrza wdychanego do płuc i tu istnieją obok prątków gruźliczych (*symbiosis* Rosenbacha), przeciwdziałając zabliźnieniu tkanki zapalnéj, a pobudzając ją do ropienia i rozpadu (Penzoldt). Wytwarza się w następstwie tego wtórorzędnego zakażenia obraz chorobowy znany pod nazwą suchot płucnych. Należy się w zupełności zgodzić z H. Weberem na to, że pod względem patologicznym między suchotniczem płucem a ropiejącym wrzodem powierzchownym lub raną zanieczyszczoną jest pewna analogija. I gdyby płuco leżało powierzchownie nie innéj użytoby terapii, jak oczyszczenie miejsc wrzodziejących i zaopatrzenie tychże opatrunkiem aseptycznym dla ochrony przed nowem zakażeniem. Niemożność wykonania tego postępowania pociąga za sobą to, że początkowa gruźlica płucna, mając jeszcze szanse wyleczenia, przechodzi śród zwyczajnych warunków życia w suchoty płucne (*phthisis pulmonum*). W niektórych przypadkach może suchotnicze płuco w korzystnych warunkach miejscowych pozbyć się przez wykrztuszenie mas rozpadowych i ropy, czyli powierzchnia wrzodziejąca może się oczyścić i przez to skłonność do wytwarzania blizn łączno-tkankowych (względnego wyleczenia) się pojawić, jeżeli aseptyczne po-

wietrze, zastępujące tu działanie opatrunku aseptycznego, nowéj infekcyi nie dopuści.

Aseptycznego zaś powietrza niema w pomieszkaniach ludzkich. Obecność ciał organicznych, zwiększona wilgotność powietrza, zmniejszona ilość światła, brak ruchu molekularnego powietrza sprawiają, że zarodniki drobnoustrojowe łatwiéj się tu rozwijać mogą, niż w powietrzu wolnem. Niema powietrza aseptycznego w miejscach gęsto zaludnionych (miastach). A. Smith podaje ilość przeciętną zarodników, znajdujących się w stopie sześciennéj miast fabrycznych, na pół miliona. P. Miquel znalazł ilość drobnoustrojów, znajdujących się w 10 calach sześciennych powietrza w śródmieściu Paryża, 55.000, na przedmieściach zaś tego miasta 7.600. Pasteur znów na niezamieszkałéj górze Mer de Glace nie mógł wykazać zarodników fermentacyjnych, podczas gdy we wsi Chamonix, pod tą górą leżącéj takowe się znajdowały. Nie należy jednak mniemać, aby wszystkie drobnoustroje, znajdujące się w powietrzu, w naszym przypadku w równéj mierze były szkodliwemi. Większa część tychże będzie obojętna dla przebiegu patologicznego w płucach. Jednak wobec faktu, że wrzody i rany w powietrzu zawierającem drobnoustroje lub ich zarodniki się zanieczyszczają, że już kilka chorobotwórczych bakteryj, jak: koki róży, grzybek choroby skórnéj *Favus* (*Achorion Schoenleinii*) itd. udało się wykazać w powietrzu, będziemy się starali, aby oddychanie płuc gruźliczych odbywało się w powietrzu, o ile możności wolnem od drobnoustrojów, zwłaszcza jeżeli zważymy, jak znaczną ilość powietrza (500 $\times$ 24 $=$ 12.000 litrów według Pettenkofera) przechodzi dziennie przez płuca, a rozmnażanie się bakteryj jest bardzo znaczne. Nie można pominąć jeszcze innych czynników, działających szkodliwie na płuco gruźlicze, t. j. pyłu, którego nie brak nigdy w naszych mieszkaniach i miastach. Fodor znalazł ilość pyłu w jednym metrze sześć. powietrza Budapesztu w miesiącach letnich 0·55 mg.; Hesse zaś w pokoju dziecięcym 1·6 mg. Trwałe działanie pyłu na oskrzela płuc gruźliczych może tylko zwiększyć towarzyszący chorobie nieżyt.

Już w starożytności uważano czyste powietrze jako ważny środek w celu leczenia chorób płucnych. Czystem zaś może być tylko powietrze wolne, zdala od mieszkań ludzkich. Areteusz wysyłał swoich chorych na morze, Galen w góry, Pliniusz w lasy. W nowszych czasach to postępowanie lecznicze zwane klimatycznem wskutek rozwoju środków komunikacyjnych ogromnie się rozpowszechniło. Nie ma jednak zgody na to, w jaki sposób ma chory najkorzystniéj powietrza używać. Brehmer, twórca postępowania dyjetetyczno-klimatycznego, poleca swoim chorym, aby chodzili na wolnem powietrzu, o ile na to pogoda i siły pozwalają, jednak aby ruchu ciała do uczucia zmęczenia niedoprowadzali. W pierwszych początkach rozwoju miejsca klimatycznego Davos polecano (A. Spengler) chorym używanie powietrza bez względu na pogodę w połączeniu nietylko z uciążliwemi przechadzkami, ale i z wspinaniem się po górach. A za wzór pacyjenta uchodził w Davos chory zwany *der blutige Holländer*, który latem przebiegał szczyty gór, nocując po szałasach. Pomimo trapiących go krwotoków płucnych prowadził on ten żywot koczowniczy przez trzy lata. Podanie jednak milczy co do ostatecznego wyniku terapeutycznego w tym przypadku.

W ostatnich zaś czasach poczęto kłaść większą wagę na jak najdłuższe przebywanie na wolnem powietrzu, niż na ruch ciała. Dettweiler, gorący zwolennik téj myśli, każe przebywać swoim chorym na terasach lub w pawilonach, w pozycyi leżącéj lub siedzącéj od 8 godziny zrana do 10 wieczorem i nazywa to postępowanie *permanente Freiluftcur*. Wykonywa on je w następujący sposób: w zakładzie we Falkenstein, zostającym pod jego zarządem, przebiegają wzdłuż południowéj strony zakładu kryte galeryje, a oprócz tych jeszcze w parku ku południowi zwrócone pawilony w rodzaju altan, z których niektóre dają się stosownie do kierunku wiatru obracać. Tak na terasie, jakoteż w pawilonach, posiada każdy chory podłużny stołek pleciony (szezlong), nakryty grubym materacem. Na takowym przebywa chory przez cały dzień, wyjąwszy godziny obiadowe, w pozycyi na wpółsiedzącéj, jako najdogodniejszéj dla chorego, bo zwalniającéj cały układ mięśniowy. Według pory roku chorych stosownie ponakrywają. W lecie wystarczy w dnie pogodne jeden lub dwa dywaniki; w zimie musi chory mieć jeszcze futro, a na nogi worek z futra baraniego sięgający powyżéj kolan.

Postępowanie powyższe jest racyjonalniejsze, niż nieokreślone polecenie lekarskie: używaj jak najwięcéj powietrza świeżego lub wiele ruchu w górach. Dla chorych, których siły i odżywienie podupadło, o wiele jest korzystniejszy spokój na wolnem powietrzu, aniżeli osłabiające ich chodzenie, a nawet siedzenie na zwykłych ławkach, wymagające natężenia mięśni grzbietowych. Dopiero gdy po kilkotygodniowem leżeniu na powietrzu wolnem zwiększa się ciężar ciała i siły przychodzą, może chory z pożytkiem wykonywać przechadzki. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiéj Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O nowszych środkach nasennych.

(Wodnik amylenowy, sulfonal, uretan, hypnon).

Podał
Dr. J. Surzycki,
I. asystent kliniki lekarskiéj.

Badanie środków nasennych nie małe nastręcza trudności, jeżeli uwzględnimy warunki fizyjologicznego snu i rozmaite jego stopnie, których sami ocenić nie możemy i musimy polegać na podmiotowem uczuciu chorego. Wiemy z codziennego doświadczenia, jak nieraz trudno określić przyczynę wywołującą bezsenność i jak nieraz byle jaki powód jest w stanie przerwać lub opóźnić zaśnięcie, a z drugiéj strony wiele zewnętrznych okoliczności na pewne osoby może wpłynąć usypiająco, kiedy też same czynniki nie czynią żadnego wrażenia na drugich. Zależy to bowiem przedewszystkiem od indywidualności badanego, jego przyzwyczajeń i właściwości, których w pewien zamknięty schemat ująć nie można — i ta właśnie rozmaitość oddziaływania na jedne i też same bodźce utrudnia przeprowadzenie ścisłych i pewnych doświadczeń nad tym lub owym środkiem.

Tam, gdzie w grę wchodzą czynniki psychiczne, których niepodobna nieraz wykluczyć, gdzie znużenie umysłowe lub fizyczne jednym odbiera, a drugim daje sen, tam o pewnych rezultatach mówić nie można i wszelkie w tym kierunku dane należy brać z pewnem zastrzeżeniem.

Nie mała też trudność badania leży we właściwości naszéj kliniki, ponieważ chorzy nasi, przeważnie należąc do niższéj warstwy społeczeństwa, najmniéj doznają bezsenności i na

nią się uskarżają. Neurasteników i histeryczek względnie miewamy mało, a jeżeli już u którego z chorych wystąpi bezsenność, to zwykle jest ona jednym z wielu objawów jakiéjś ciężkiéj choroby i łączy się wtedy ze znacznym bólem, dusznością, opuchlinami lub kaszlem tak, że wówczas mamy do walczenia nietylko z bezsennością, lecz i z innemi objawami, które same przez się wykluczają możebność snu lub go utrudniają.

Wreszcie jeszcze jednę okoliczność zaznaczyć muszę, że chorzy nasi pomieszczeni we wspólnych salach nie znajdują się wśród warunków odpowiednich dla snu, gdyż nieraz się zdarza, że obok chorego, który zażył środek nasenny, leży drugi jęczący lub kaszlący po całych nocach, że choremu biorącemu jakiś środek nasenny trzeba od czasu do czasu zmierzyć ciepłotę i porachować tętno ze względu na ścisłość w obserwacyi klinicznéj tak, że w końcu z całego szeregu doświadczeń wiele potrzeba odrzucić jako niepewne i niedające żadnego wyniku.

Co do saméj metody doświadczeń, robionych w ciągu kilku miesięcy, podczas których nocowałem w klinice, to trzymałem się pod tym względem wskazówek Rosenbacha i podawałem chorym środki nasenne w rozmaitych porach dnia, aby się przekonać o skuteczności danego leku nietylko w czasie, kiedy chorzy byli przyzwyczajeni zwykle zasypiać, ale i rano lub zaraz po obiedzie.

Nadto nie zawsze chorzy wiedzieli, jaki środek im podawano, a nieraz pod pozorem środka nasennego dostawali zwykły cukier lub odrobinę sody i bywały przypadki, że sugestyja tego rodzaju również sen sprowadzała. Tam zaś, gdzie się to okazało bezskutecznem, przechodziłem wtedy do stosowania środków nasennych z wiedzą lub bez wiedzy chorego. Z leków nasennych stosowałem: wodnik amylenowy, sulfonal, uretan, hypnon i *Cannabinum tannicum*.

Wodnik amylenowy

należy do grupy 3-cio rzędnych alkoholów i nazywa się też inaczéj amylalkoholem. Jestto płyn bezbarwny prawie, smaku piekącego jak mięta, zapachu nie dającego się bliżéj określić. Rozpuszcza się w 8 częściach wody, a w alkoholu w każdym stosunku. Bywa on czasem zanieczyszczony niedogonem, a wtedy wywołuje zwykle ból głowy.

Pierwszy Wurtz syntetycznie go złożył, a fabryka Kahlbauma w Berlinie najlepiéj dotychczas go wyrabia. Fizyjologiczne doświadczenia pierwszy robił Thierfelder na zwierzętach, które po podaniu małych dawek zasypiały na kilkanaście godzin, przyczem ani w krążeniu ani oddechaniu żadnych zmian nie zauważył.

Podany w średnich dawkach działa on na ośrodki mózgowe, w większych zaś na rdzeń pacierzowy i przedłużony, w końcu odruchy zostają zniesione, oddechy powoli znikają i serce przestaje bić.

Na podstawie tych fizyjologicznych doświadczeń zaczął Mering stosować wodnik amylenowy u ludzi, przeważnie neurasteników, podając go w dawkach 2 lub 5 gramowych. Przy tych dawkach już w pół godziny występował sen, który zazwyczaj trwał 6 do 12 godzin, a nawet u dzieci wobec kokluszu po dawce 0·2 występował pożądany skutek. Żadnych ubocznych działań nie było. Chorzy tacy nie wymiotowali, bólu głowy nie czuli, apetytu nie tracili, a oddech chorych nie miał żadnéj woni, jakoto bywa przy użyciu paraldehydu. Niektórzy tylko chorzy niechętnie go używają dla niemiłego smaku, jaki mu jest właściwy. Bólów jednak wcale nie koi, a gdzie bezsenność zależna jest od bólu, tam zwykle po podaniu wodnika amylenowego skutku niema.

Stosując środek ten nawet u chorych z wadami sercowemi nie zauważył Mering żadnych złych następstw na krążenie, podczas gdy chorzy tacy na kilka godzin zasypiali. Te rezultaty Meringa potwierdzają i inni autorowie, którzy środka tego późniéj używali.

I tak Scharschmied w klinice Prof. Jollego w Strassburgu czynił doświadczenia na 80 chorych z bardzo pomyślnym skutkiem. Jako najwyższą dawkę stosował on 6 grm. W 86% był skutek bardzo dobry, w 10% średni a tylko w 4% nie było żadnego. Sen zwykle występował w 5 do 10 minut, z czegoby wnosić należało, że lek ten w żołądku bardzo szybko ulega wessaniu. Również i Scharschmied żadnego szkodliwego wpływu na oddech i krążenie nie zauważył. W przypadkach szału opilczego, manii, szału ostrego dawał zwykle większe dawki 3—4 gramowe, zaś w chorobach przewlekłych nerwowych chorzy zasypiali już po 1 lub 2 gramach. Toż samo podaje Lehman, który leku tego doświadczał na 26 chorych umysłowych i z małemi wyjątkami otrzymywał bardzo dobre wyniki.

Nie chcę się już rozwodzić nad pracą w tym samym kierunku Avelisa, który zaleca amylenhydrat nietylko jako środek nasenny, lecz stosuje go w przypadkach świądu żółtaczkowego i twierdzi, że najzupełniéj może zastąpić polecony przez Eichhorsta wodnik chloralu. Toż samo potwierdza i Last. Avelis sądzi, że lek ten działa silniéj niż takie same dawki paraldehydu. Nic też nowego nie przytaczają ani Gürtler, ani Mayer, który nadto zauważył uspakajające działanie na kaszel tak u suchotników, jak i w różnych postaciach nieżytu oskrzelowego, co też potwierdza i Laves, podnosząc jeszcze i tę zaletę wodnika amylenowego, że po dłuższem używaniu nie następuje przyzwyczajenie, a dawki 3 gramowe wodnika amylenowego mogą zastąpić 2 gramy wodnika chloralu wraz z dwoma centigramami (0.02) morfiny.

Dr. Buschon robiąc na sobie doświadczenia, dochodził do 7 gramów naraz i przekonał się, że lek ten działa doskonale, sprowadzając sen w 10 lub 15 minut, 8 do 9 godzin trwający, a po przebudzeniu się nie doświadczał żadnych nieprzyjemnych uczuć. Chorym umysłowym wstrzykiwał też podskórnie wodnika amylenowego w stosunku 8 grm. na 4 gramy alkoholu i w większości przypadków po wstrzyknięciu 75 centigramów występował sen trwający nieraz 5—6 godzin. Wodnik amylenu stosowano też jako środek przeciw padaczce i Dr. Wildermuth doświadczał go w 66 przypadkach padaczki. Opisuje on korzystne wyniki co do zmniejszenia się częstości napadów i ich nasilenia. Podawał dziennie 2 do 4 gramów i uważa użycie tego środka jako wskazane wobec bardzo częstych napadów padaczkowych, daléj w zatruciu bromowem, kiedy na jakiś czas należy wstrzymać podawanie bromu i w końcu przy moczeniu nocnem.

Że użycie nawet większych dawek nie jest dla życia niebezpiecznem, to dowodzi przypadek opisany przez Dietza z kliniki psychijatrycznéj lipskiéj, gdzie przez nieostrożność 4 chorych dostało znaczne dawki, ściśle jednak nie określone. Chorzy ci przedstawiali obraz podobny do ostrego zatrucia wyskokowego, przyczem czucie i odruchy były zniesione, źrenice szerokie, oddechy zwolnione, tętno małe, wolne,

a ciepłota obniżona. Chorzy ci jednak wkrótce przyszli do siebie po zastrzyknięciu podskórnem kamfory.

Z doświadczeń, jakie z lekiem tym czyniłem w klinice Prof. Korczyńskiego, podaję tylko w skróceniu najważniejsze szczegóły: stosowałem ten środek u 9 chorych, a mianowicie: w zapaleniu płuc, uwiądzie rdzenia pacierzowego, suchotach płucnych, w nowotworze mózgowym, zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, wypocinie opłucnowéj, neurastenii, gruźliczem zapaleniu opon mózgowych, w raku żołądka i to w rozmaitych dawkach, zaczynając zwykle od 2, a dochodząc do 8 grm. Sen zwykle występował prędko, w ciągu 15 do 30 minut, chyba, że dawka była niedostateczna, a wtedy była tylko senność trwająca godzinę lub dwie i chory wracał do zwykłego stanu. W przypadku, gdy zaśnięciu przeszkadzały znaczne b ó l e lub inne objawy chorobowe, jak n. p. kaszel lub duszność, których nawet morfina w większych dawkach nie zawsze była w stanie ukoić, wtedy i wodnik amylenu okazywał się bezskutecznym. Stosowany wśród w y s o k i é j g o r ą c z k i działa również nasennie, n. p. u chorego z zapaleniem płuc i opłucny, który wśród ciepłoty 39.6 do 40°, tętnie 116, oddechach 48 spędził kilka poprzednich nocy bezsennie, po podaniu 2 gramów amylenhydratu zasnął w $^1/_2$ godz. i spał 6 godzin bez przerwy. Przez następne dnie pozostawiony bez leku nasennego wcale nie sypiał, zaś po powtórnem zażyciu takiéj saméj dawki spał znów przez 5 godzin, poczem przebudziwszy się nie narzekał ani na ból głowy ani inne niemiłe objawy.

Drugi chory z nerwobólem międzyżebrowym, któremu podawano poprzednio inne środki nasenne z ujemnym skutkiem, po zażyciu 2 grm. wodnika amylenowego zasnął w pół godziny i spał bez przerwy 3 godziny; bóle jednak po przebudzeniu się w jednakowem nasileniu trwały.

Szczególnie uspakajająco działa wodnik amylenowy w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z o b j a w a m i m ó z g o w e m i jak: z niepokojem, majaczeniem, zrywaniem się i rzucaniem oraz ze znaczną bezsennością. Chory z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, u którego wśród wysokiéj ciepłoty znaczne dawki sulfonalu i chloralu podawane przeciw bezsenności albo żadnego skutku nie wywierały, albo bardzo przemijający, po zastosowaniu z początku 3 gramów wodnika amylenu, a następnie w późniejszym okresie choroby po 5 lub 8 gramach zawsze się uspakajał i zasypiał na 4 do 6 godzin. Przedostatniego dnia w ciągu 12 godzin wyżył chory 12 gramów tego leku i po każdéj dawce 2 gramowéj uspakajał się na godzinę lub dwie, snu jednak prawie nie było, ale dodać muszę, że to już było na dzień przed śmiercią, kiedy wystąpiły drgawki, a na takowe wodnik amylenu nie miał żadnego wpływu.

U chorego z gruźlicą prosówkową lek ten działał również usypiająco nawet w mniejszych dawkach, a bóle głowy i znaczny niepokój w przypadku t u m o r u m ó z g o w e g o po zażyciu 4 gramów zwykle na kilka godzin się uspakajały.

Reasumując te doświadczenia, mogę twierdzić, że wodnik amylenowy działa bardzo skutecznie w dawkach nawet nieznacznych, niewywołując przytem żadnych zaburzeń w krążeniu lub oddechaniu. Chorzy znoszą go bardzo dobrze, jedynie w smaku jest nieprzyjemny i dlatego radziłbym używać go zawsze w mięszance z winem czerwonem z małym tylko dodatkiem syropu. Sen zależnie od dawki zazwyczaj bywa kilkogodzinny, chorzy nie doznają żadnych majaczeń, zwidywań, a obudziwszy się czują się rześcy i snem pokrzepieni. Na bóle wpływu niema żadnego i pod tym względem nie może iść w porównanie z morfiną. Działa jednak zdaniem mojem skuteczniéj, niż takie same dawki paraldehydu, a o wiele silniéj i pewniéj od tych samych dawek sulfonalu, a jedynie wodnik chloralu w niektórych razach działa silniéj. Ponieważ jednak można go stosować i w chorobach serca i płuc bez wszelkich szkodliwych następstw, przeto pod tym względem ma wyższość nad chloralem.

S u l f o n a l — czyli *diaethyl-sulfon-dimethyl-methon* należy do grupy disulfonów, to jest połączeń organicznych siarki z grupą dyetylenów i metonów i został przez B a u m a n a syntetycznie przedstawiony, a przez K a s t a w praktykę wprowadzony.

Jest to biały, krystaliczny proszek, bez smaku i zapachu, który się rozpuszcza w 20 częściach wody wrzącéj, a zaledwie w 500 częściach wody zimnéj, za to łatwo rozpuszczalny jest w wyskoku.

K a s t pierwotnie probował na psach, podając im 2 gr. sulfonalu, poczem u psów występowały zaburzenia ataktyczne w tylnych kończynach, następnie i w przednich, wreszcie pies popadał w sen, po którym prędko do siebie przychodził i żadnych zboczeń w ruchach, zachowaniu się i łaknieniu nie okazywał. Stosując ten środek u ludzi, K a s t podawał go z początku w małych dawkach 1 gramowych i rzadko kiedy potrzebował dawać 2—3 gramy. Zmian w krążeniu lub oddechaniu nie zauważył żadnych, co też i doświadczenia robione na zwierzętach w pracowni K i e s a potwierdziły.

(Dokończenie nastąpi.)

III. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 13).

W miarę jak wyrasta tęczówka, przednia część tylnéj połowy siatki naczyniowéj coraz dłuższą się staje i w tym właśnie okresie opisał ją J. Müller pod nazwą błony torebkowo-źrenicznéj (*membr. capsulo-pupillaris*), odróżniając ją w ten sposób od znacznie dawniéj opisanéj błony źrenicznéj. W okresie cokolwiek późniejszym łatwo się przekonać, że należące do niéj grubsze naczynia pochodzą od naczynia okręgowego, około brzegu pęcherzyka położonego. W okresie rozwoju, gdy wierzchołek zawiązku trójkątnego tęczówki skierowuje się ku wewnątrz i ku przodowi, łatwo się przekonać, że błona źreniczna bezpośrednio stanowi ciąg dalszy tegoż. Grubsze naczynia błony źrenicznéj początek biorą od naczynia okręgowego i udają się ku środkowi błony, inne, bardziéj liczne i cienkie, skierowują się wzdłuż tylnéj powierzchni zawiązka i tworzą tylną część tegoż. Stosunek ten wyraźniéj występuje przy badaniu błony *in situ*. Ku końcowi pierwszéj połowy życia płodowego narachowałem przeszło 13 dość grubych naczyń, które udawały się ku środkowi błony, początek brały od naczynia okręgowego, które, naprzód to powiemy, jest tętnicą. Kierunek naczyń w błonie i rozgałęzienia jeszcze łatwiéj jest zbadać w okresach późniejszych. Od naczynia okręgowego biorą początek 13—15 i więcéj dość grubych naczyń, z których grubością szczególnie wyróżniają się cztery, zwykle zaczynają się one nieopodal od miejsca podziału długich przednich tętnic

rzęskowych, tworzących naczynie okręgowe niekiedy nawet w obrębie samego podziału. Owe grubsze naczynia zwykle nie ulegają podziałowi na dość znacznéj przestrzeni, następnie, bliżéj środka rozgałęziają się w obie strony, w pobliżu zaś końca naczynia rozgałęzienia te tworzą jakby zupełny wachlarz naczyniowy. W odległości 1 mm. od brzegu zewnętrznego błony podchodzą do niéj naczynia błony torebkowo-źrenicznéj, które łącząc się z naczyniami saméj błony źrenicznéj tworzą wspólnie liczne (przeszło 76), promieniste, cienkie naczynia; zachowując ten sam kierunek, naczynia te przechodzą do zawiązków tęczówki i ciała rzęskowego i pozostają w takowych już na stałe. Zatem tętnicowy obieg krwi w błonie źrenicznéj jest zupełnie niezależny od tętnicy środkowéj (*Art. centralis*); oba układy naczyniowe mają li tylko wspólne drogi żylne, ponieważ zaś tęczówka powstaje jednocześnie i we wspólnym zawiązku z błoną źreniczną, łatwo zrozumieć, że te ostatnie przyjmują położenie i miejsce przyszłych żył tęczówki.

Z czasow J. Müllera wiemy już, że zanik błony źrenicznéj następuje jednocześnie z otwarciem powiek. U psów i kotów spostrzegamy ją jeszcze w 9 lub nawet 10 dni po narodzeniu, chociaż naczynia są już najczęściéj pozbawione światła. Jednocześnie z błoną źreniczną zanika również czasowy układ naczyniowy ciała szklanego, chociaż samą tętnicę środkową często zdarza się widzieć już po narodzeniu. W obu razach powodu zaniku szukać należy w powstaniu dla obiegu krwi zupełnie nowych dróg. Wiemy, że właściwe naczynia siatkówki dość późno powstają, — otóż gdy następuje zupełny ich rozwój, siatka naczyniowa soczewkę otaczająca zanika zupełnie. To samo spostrzegamy u błony źrenicznéj. W początkowych okresach rozwoju naczynia błony przechodzą tylko przez zawiązek tęczówki, bynajmniéj się w nim nie rozgałęziając. Włosowata siatka tęczówki u zwierząt ssących, które rodzą się z otwartemi powiekami, powstaje dopiero w końcu życia płodowego, u tych zaś, które się rodzą ślepemi, dopiero po narodzeniu. Sieci włosowate łączą pomiędzy sobą te same gałęzie (i podziały tychże), za pomocą których odbywał się obieg krwi w błonie źrenicznéj. Zatem zanik przedniego i tylnego układu naczyniowego możemy wytłumaczyć w obu przypadkach powstaniem dla obiegu krwi znacznie bliższych dróg.

Wspomniałem wyżéj, że naczynie okręgowe, które u ssących spostrzegamy już podczas wgłabiania soczewki, stanowi koło tętnicze tęczówki (*circulus iridis arteriosus major*). W miarę jak brzeg pęcherzyka zagina się bardziéj ku przodowi, koło tętnicze posuwa się w tym samym kierunku, jednocześnie też cokolwiek ku wewnątrz. Rozporządzając dość ograniczonym zbiorem ludzkich płodów, dokonywałem badań również na płodach ssących zwierząt, przeważnie owiec, krów i świń. Otóż u płodu owczego, długości 2,3 ctm., widzimy, że pomiędzy brzegiem przednim pęcherzyka ocznego i listkiem rogowym, tkanka płastów główkowych cieńszą się staje, daléj pomiędzy listkiem rogowym a soczewką tworzy trójkąt ze skierowanym ku tyłowi wierzchołkiem; wierzchołek ten łączy się z ciałem szklanem, kąt przedni i wewnętrzny przechodzi w zawiązek tęczówki i błony źrenicznéj. W środku trójkąta znajduje się przecięte poprzecznie koło tętnicze tęczówki, drobnemi komórkami otoczone, daléj zaś ku obwodowi znajdujemy komórki wrzecionowate i gwiaździste. Komórki środkowe łączą się bezpośrednio z okrągłemi komórkami przedniéj części otaczającéj pęcherzyk tkanki płastów główkowych. Następnie przednia część pęcherzyka coraz cieńszą się staje, posuwa się ku przodowi, podnosi tylny kąt trójkąta i skierowuje go ku wewnątrz. Jednocześnie do niemającego początkowo żadnéj budowy zawiązka rogówki wstępują obficie pierwociny, przyszłe komórki stałe i jednocześnie lub też nawet jeszcze pierwéj zupełnie się ona odgranicza od błony źrenicznéj. U płoda (owczego) 4,5 ctm. długości tęczówka jest już dość znacznie posuniętą ku biegunowi przedniemu. Brzeg śródbłonka błony Descemeta znajduje się prawie na równi z brzegiem pęcherzyka, komórki zaś śródbłonka przechodzą na przednią powierzchnię zawiązka tęczówki, tak więc ten ostatni już zrazu jest odosobniony od rogówki wązką co prawda szparą. W części tkanki płastów główkowych przednią część pęcherzyka otaczającéj odróżniamy wyraźnie dwie warstwy: zewnętrzna stanowi ciąg dalszy rogówki, pierwociny zaś jéj na cięciach kształt mają wrzecionowaty; jest to zawiązek białkówki i spojówki gałki. Warstwa wewnętrzna stanowi bezpośrednio ciąg dalszy tęczówki, stanowią ją pierwociny przeważnie drobne i okrągłe. Ku tyłowi warstwa ta coraz cieńszą się staje i znika niespostrzeżenie w części tkanki płastów główkowych, z któréj powstają białkówka i błona naczyniówkowa. Listek zewnętrzny pęcherzyka ocznego ku przodowi znacznie grubszym się staje, stanowi go kilka rzędów komórek już barwik zawierających, przeciwnie warstwa wewnętrzna ku przodowi stopniowo coraz cieńszą się staje. Zewnętrzna błona graniczna ciała szklanego (*hyaloidea*) zagina się obok brzegu pęcherzyka ocznego i przechodzi następnie w zawiązek *laminae elasticae chorioideae*. Nieznaczne zagięcie oddziela od tylnéj części pęcherzyka przednią część, znacznie cieńszą, w części téj wyróżnienia typowego siatkówki już nie spostrzegamy. Wkrótce w zawiązku ciała rzęskowego, z listka średniego powstałym, uwydatnia się jasne pasemko, zawiązek przestworu Fontany.

Następnie brzeg przedni pęcherzyka posuwa się bardziéj ku przodowi, brzeg zewnętrzny śródbłonka błony Descemeta znajduje się już ku tyłowi od brzegu pęcherzyka. Wszakże brzeg pęcherzyka znajduje się jeszcze znacznie ku tyłowi od brzegu zewnętrznego błony źrenicznéj. Lecz właśnie brzeg pęcherzyka zaczyna posuwać się ku wewnątrz znacznie rychléj, mianowicie u płodów owczych 9 ctm. długości mających znajduje się on już na równi z zawiązkiem tęczówki od średniego listka pochodzącym; brzeg ten na cięciach ma kształt guzika lub raczéj haczyka. Otóż niebawem zrasta się on z przyległą tkanką płastów główkowych i następnie od wspólnego dla tęczówki błony źrenicznéj zawiązka oddziela się i wraz z nim nadal wyrasta ku przodowi warstwa tylna, wcale naczyń nie zawierająca. Zgrubiały brzeg pęcherzyka obejmuje tylną warstwę, która się od zawiązka wspólnego oddzieliła i wraz z nią tworzy brzeg źreniczny; pozostała ze wspólnego zawiązku przednia warstwa stanowi tylko najbardziéj obwodową część błony źrenicznéj. Zresztą podział warstw dochodzi zwykle tylko do miejsca, w którem następnie powstaje mniejsze koło tętnicze tęczówki.

Co się tyczy kwestyi, zkąd powstaje główny czynnik w rozwoju tęczówki i ciała rzęskowego, bezwarunkowo główną rolę odgrywa listek średni. Zarówno u zwierząt ssących, jak i u ptaków nawet pierwszy zawiązek tęczówki stanowią koło tętnicze tęczówki i otaczające je nieliczne komórki; daléj zawiązek ten wyrasta o wiele prędzéj, niż brzeg pęcherzyka ocznego. Jednocześnie w okolicy przyszłych wyrostków rzęskowych tkanka płastów główkowych staje się grubszą

w kierunku ku środkowi gałki, w miejscu odpowiedniem obie ściany pęcherzyka początkowo skierowują się tylko bardziéj ku wewnątrz, późniéj zaś tworzą okrężny fałd poprzeczny; rzecz widoczna, że w sprawie téj pęcherzyk bierną tylko odegrywa rolę.

Następnie brzeg pęcherzyka zrasta się z brzegiem zawiązka dla tęczówki przez płasty główkowe utworzonego, fałd zaś jego z ciałem szklanem; otóż w tym dopiero okresie obie części składowe tęczówki: blaszka listka średniego i barwikowa (pęcherzykowa) zaczynają wyrastać wspólnie, a fałdy o wiele liczniejszemi się stają. Ostatnia okoliczność najłatwiéj daje się wytłumaczyć umocowaniem przedniéj części pęcherzyka w obu wspomnianych już miejscach zrośnięcia.

Aż nadto jest również widocznem, że rozwój tęczówki rozpoczyna się o wiele wcześniéj niż rozwój błony naczyniówkowéj, wyróżnianie zaś tęczówki następuje zupełnie niezależnie od wyróżniania właściwéj naczyniówki, główną zaś rolę odgrywa koło tętnicze, utworzone przez długie tylne tętnice rzęskowe, przednie zaś tętnice rzęskowe nie mają najmniejszego udziału w rozwoju tęczówki i powstają znacznie późniéj niż tylne. Wszakże tęczówka i naczyniówka od początku jedno mają wspólne, to drogi żylne.

Przypomnę raz jeszcze, że przy przetrwaniu nawet bardzo znacznych resztek błony źrenicznéj, a przypadków tego przetrwania w ostatnim dziesiątku lat mamy dokładnych opisów przeszło półtorasta, w żadnym opisie nie znajdujemy wzmianki o jednoczesnem istnieniu szpary nieprawidłowéj w tęczówce. Wobec danych rozwoju tęczówki i błony źrenicznéj dotyczących, a wyżéj przytoczonych, trudno nawet przypuścić, w jaki sposób przetrwanie resztek błony lub też nieprawidłowy jéj rozwój mogłyby wywołać powstanie szpary nieprawidłowéj w tęczówce. Widzieliśmy przecież, że w utworzeniu brzegu źrenicznego pasa wewnętrznego (źrenicznego) tęczówki błona źreniczna bynajmniéj nie bierze udziału, że brzeg ten uwydatnia się dopiero po zrośnięciu się obu początkowych listków, z których powstaje tęczówka. Plange wypowiada myśl, że tak zwane przetrwanie resztek błony źrenicznéj pochodzić może wskutek niedostatecznego wchłonienia błony, które to wchłonienie wtedy dopiero następuje, gdy tęczówka jest już oddawna rozwiniętą, że zatem z braku resztek u dorosłych niepodobna jeszcze zaprzeczyć, że rozwój błony źrenicznéj w swoim czasie odbywał się nieprawidłowo. W każdym razie jestto przypuszczenie zgoła na faktach nie oparte. Już dawniéj (Przetrwanie błony źrenicznéj, *Pamiętn. Tow. lek. warsz.* z r. 1882 [1]) utrzymywałem, że tak zwane resztki błony źrenicznéj u dorosłych powstają wskutek nieprawidłowego rozwoju błony źrenicznéj u płodu. Badania anatomiczne dwóch przypadków przez Van Duysego (*Ann. d'ocul.* 1886, Janvier, Février) i przezemnie (*Przegląd Lekar.*, 1887, Nra 36 i 37 i *Arch. f. Augenheilk.* Bd. XX.) dokonane stwierdziły to przypuszczenie i obecnie powiedzieć możemy, że w przypadkach tak zwanego przetrwania błony źrenicznéj w gruncie rzeczy nie o przetrwanie się rozchodzi, lecz wyróżnianie przeznaczonych dla niéj pierwocin blaszki średniéj następuje według typu właściwego tkance tęczówki. Dla zaniku znów błony źrenicznéj nie mamy żadnéj potrzeby uciekania się do teoryi mechanicznéj, teoryi ruchów w obrębie mięśni tęczówki, których spostrzegać nie możemy, ani też zdać sobie sprawę z przyczyn, które niemi zarządzać mogą. Daleko łatwiéj i bezwarunkowo zgodniéj z faktami wytłumaczyć ten zanik rozwojem właściwego układu naczyniowego tęczówki, który tworzy dla krwi drogi o wiele bliższe. Rozwój układu tego zawsze następuje, przeto prawidłowo rozwinięta błona zawsze może uledz wchłonieniu.

Tak więc ani kazuistyka szpary nieprawidłowéj, ani też rozwój i upadek błony źrenicznéj u płodu bynajmniéj nie upoważniają do przypisania jéj roli czynnéj w powstawaniu wady. Manz udowodnił nadzwyczajnéj cienkości naczyniówki w swoim przypadku i dodaje, *dass aus einer atrophischen Chorioidea nur eine kümmerliche, durchlöcherte Iris hervorgeht.* Wszakże z tego, co wyżéj o rozwoju tęczówki przytoczyłem, wypada, że bynajmniéj nie wyrasta ona z naczyniówki, lecz rozwija się zupełnie od niéj niezależnie. Możemy chyba przypuścić, że wogóle całe płasty główkowe były słabo rozwinięte, lecz przypomnijmy sobie jak często przy badaniach anatomicznych chorobowo zmienionych tęczówek znajdujemy bardzo znacznie posunięty zanik podścieliska, jednakże szpary chociażby tylko warstwę podścieliska obejmujące względnie rzadko napotykamy. W każdym razie niedostateczność pierwocin płastów główkowych w zawiązku tęczówki może mieć ważne znaczenie przy powstawaniu wady.

Ostatecznéj jednak przyczyny, mojem zdaniem, szukać należy we wspomnianem wyżéj zrastaniu obu listków tęczówki, mianowicie pęcherzyka ocznego i przeznaczonéj dla niéj blaszki listka średniego. Zrośnięcie to zarówno u zwierząt ssących, jakoteż u ptaków, w jednakowy odbywa się sposób: początkowo zrastają się oba listki obok samego brzegu źrenicznego, poczem sprawa posuwa się daléj ku obwodowi. Otóż jeżeli w pewnych miejscach zrośnięcie to nie nastąpi, łatwo powstać może rozrzedzenie tkanek, które następnie sprowadzić może powstanie bądź braku podścieliska, bądź też nawet jednego lub więcéj zupełnych otworów, co tem łatwiéj nastąpić może przy niedostateczności pierwocin tkanki płastów główkowych. W ten sposób wada powstać może w każdem miejscu powierzchni tęczówki bez najmniejszego współudziału szpary płodowéj.

Objaśnienie rysunków. Fig. 1, przypadek Dubois (1-szy). — Fig. 2, mój 1-szy przyp. dwuwidzenia (6-ty). — Fig. 3, mój przyp. wielowidzenia (10-ty). — Fig. 4, mój 2 gi przyp. dwuwidzenia (12-ty). — Fig. 5, mój 2 gi przyp. wielowidzenia (20-ty). — Fig. 6, przyp. trzykrot.-widzenia Baudry (21-szy). — Fig. 7, szpara tęczówki ku zewnątrz (27-my). — Fig. 8, szpara tęczówki ku górze (28-my).

IV. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Dok. Patrz Nr. 14.)

Tem usuniętą byłaby trudność, jaką spotykamy przy wyjaśnieniu tej ogromnéj liczby leukocytów w tkankach uległych zapaleniu wobec ich tak nieznacznéj liczby we krwi krążącej. Przemiana ta w leukocyty musi odbywać się bar-

[1]) W pracy pana B. Wicherkiewicza *Beiträge zur Kenntniss der persirtirenden Papillarmembran* (*Arch. für Ophth.* XXXIV., 4), nie znalazłem wzmianki o téj monografii mojéj, w któréj wszakże najzupełniéj uwzględniłem sposób i miejsce przyczepienia włókien przetrwałych do tkanki tęczówki.

dzo szybko, skoro w naciekach zapalnych znajdujemy już gotowe leukocyty, ale spotykamy tu także ciałka czerwone z jądrami w znacznéj nieraz ilości.

Jak to w przewlekłych zapaleniach wątroby widzieliśmy, ciałka czerwone ulegają jeszcze innéj przemianie. One to mianowicie dają początek istocie międzykomórkowéj w nowo wytworzonéj tkance łącznéj, istocie delikatnie włóknikowatéj, siatkowatéj lub jednolitéj. Nie z wszystkich ciałek czerwonych, które opuściły naczynia, muszą powstać leukocyty. Jedna ich część przemienia się w włókna, inna w jądra komórek. I w pierwszych okresach ta nowowytworzona tkanka łączna może zawierać bardzo nieznaczną ilość jąder, a ten stosunek może pozostać stałym. W innych razach przeważają jądra nad istotą międzykomórkową. W tem leżą różne postacie nowowytworzonéj tkanki łącznéj. Że zwiększona ilość leukocytów wcale nie jest koniecznym warunkiem do powstania tkanki łącznéj, widzieliśmy to n. p. w marskości wątroby *d'origine cardiaque*, w okresach niedopuszczających żadnéj wątpliwości, że z ciałek czerwonych wprost powstaje tkanka łączna z jądrami, które dawniéj jako leukocyty znajdowały się w krwi krążącéj. Nieraz tutaj cała zawartość naczynia włosowatego *en masse* przemieniała się w tkankę łączną z tym stosunkiem ilościowym jąder, jak to odpowiada krwi tę samą przestrzeń zajmującéj z dodatkiem jąder śródbłonkowych istniejących tu przedtem naczyń. Ten stosunek ilościowy przemiany ciałek czerwonych w włókna tkanki łącznéj, do przemiany tychże w leukocyty, jest jednak bardzo różnym i często pod tym względem sprawa nowotwórczo zapalna zbliża się do zapalenia ropnego, a ma to miejsce wtenczas, gdy przemiana ciałek czerwonych w włókienka nie przychodzi do skutku, natomiast takowe przechodzą w leukocyty.

Usuwają się naturalnie z pod badania histologicznego okoliczności, wpływające na tę przemianę ciałek czerwonych raz w włókna, drugi raz w jądra. Obydwa jednak te fakta, niewątpliwie przez nas stwierdzone, zmuszają nas do przypuszczenia jakiejś dążności ciałek czerwonych do tworzenia tkanki definitywnéj stałéj, jak tylko znajdą się poza naczyniami, a nieraz i w naczyniach samych (*endovasculitis obliterans*). Dążność ta nawet w skrzepie się uwydatnia, jak to późniéj zobaczymy. Krew, będąca rodzajem tkanki krążącéj, nic dziwnego, że znalazłszy się wśród innych warunków, mianowicie w warunkach tkanin stałych, dąży do zorganizowania się na ich sposób, t. j. w tkankę stałą o komórkach i istocie międzykomórkowéj, i to w tkankę najprostszą, tj. łączną.

Co jest w narządach miąższowych, jak np. w wątrobie i nerkach, pierwotnem, czy uszkodzenie specyficznych komórek (przybłonkowych) narządu, czy uszkodzenie naczyń i dyjapedeza składników tkanki krążącéj? Spór ten wydaje mi się zbytecznym, skoro wiemy, że czynności fizyjologiczne tych specyficznych komórek, a tem samem i zmiany anatomiczne są w ścisłym związku z własnościami krwi, która je odżywia. Szkodliwość, która przeniesiona krwią wywołuje zwyrodnienie lub nawet nekrozę komórek specyficznych narządów miąższowych, równocześnie sprowadza nieprawidłową przepuszczalność naczyń krwionośnych, dyjapedezę tkanki krążącéj i jéj organizacyję zastosowaną do nowych warunków. Nie zawsze naturalnie zachowaną jest równowaga między ilością zniszczonego miąższu, a ilością nowéj tkanki powstającéj w jego miejscu, a pod tym względem decydującemi muszą być okoliczności etyjologiczne, jakość i ilość szkodliwości działającéj na miąższ i układ naczyniowy.

Ten efekt dyjapedezy nigdzie może nie jest (oprócz zapalenia ropnego) tak dominującym nad innemi zjawiskami, jak w niektórych zapaleniach specyficznych, n. p. w sprawie gruźliczéj. Głównem źródłem mas serowatych są tu ciałka czerwone, a specyficzność sprawy polegała na tem, że nad organizacyją krwi wynaczynionéj mają przewagę zmiany wsteczne, prowadzące ostatecznie do nekrozy krwi, która opuściła naczynia krwionośne. Jeżeli ognisko krwi wynaczynionéj jest małe, jeśli dyjapedeza odbywała się w pewnem powolnem tempie, mogło przyjść do wytworzenia gruzełka limfatycznego lub epitelijoidowego. Mniejszą jednak rolę przy tem odgrywa rozległość ogniska, niż inne okoliczności, mianowicie szybkość dyjapedezy, ilość i własności bijologiczne prątków, bo widzieliśmy i bardzo małe gruzełki prosówkowe zserowaciałe odrazu, które nigdy nie zawierały składników komórkowych z istotą chromatyczną. Gruzełek prosówkowy przedstawił nam się jako rodzaj organizacyi ograniczonéj do pewnych punktów, zatem jako objaw względnie zbawienny dla ustroju i w nim samym dlatego nie możemy upatrywać tego, co jest fatalnem w sprawie gruźliczéj. Daleko większe mają znaczenie te ogniska nieraz tak rozległe, w których nie przychodzi do organizacyi krwi wynaczynionéj, ale gdzie takowa ulega wprost nekrozie, sprowadzając ostatecznie nekrozę i tych nieregularnych organizacyj, jakiemi są gruzełki. Czy te przemiany wsteczne krwi wynaczynionéj lub organizacyja w gruzełki stoją w związku z ilością prątków w dotyczącem miejscu? Zdaje się tak być, skoro w masach serowatych znajdujemy nieraz wielkie mnóstwo, a w gruzełkach nieraz bardzo mało. Gruźlica prosówkowa ogólna nie sprzeciwia się temu przypuszczeniu, bo jakkolwiek w całym ustroju prątków jest bardzo dużo, to przecież w pewnym ograniczonem miejscu jest ich bardzo mało, dlatego przychodzi do wytworzenia gruzełków prosówkowych i tak np. w płucach nie gruzełki działają tak szkodliwie na sprawę oddychania, jak raczéj przekrwienie i obfita dyjapedeza do pęcherzyków. Nawet w gruźlicy płuc prosówkowéj, jeśli tylko jéj przebieg jest więcéj przewlekłym, przychodzi do rozwlekłych zserowaceń i to ciałek czerwonych wypełniających alweole na kształt infarktów hemoragicznych. Analogija rozpadu mas serowatych i powstawanie ztąd jam (kawern) mamy w tak zwanem rozmiękczeniu ropiastem skrzepów (*puriforme Schmelzung*). Nie dziwi nas ta postać nekrozy mas serowatych, skoro początek swój zawdzięczają tym samym składnikom, co i skrzep zwykły, podlegający w częściach środkowych t. zw. zmiękczeniu ropiastemu. Ale jeszcze więcéj cech wspólnych mają ogniska gruźlicze z skrzepem, mianowicie w jednym i drugim razie znajdujemy włóknik. Jak to już widzieliśmy, włóknik nie powstaje nigdzie bez udziału ciałek czerwonych. Jeśli tę istotę w ogóle gdzieś znajdujemy, możemy na pewne przypuszczać istnienie ciałek czerwonych w tych miejscach. Jeśli włóknik znajdujemy w masach serowatych, to musiały tam kiedyś istnieć ciałka czerwone. Do tego samego wniosku upoważniają nas komórki olbrzymie, twory, których pochodzenie z ciałek czerwonych udowodniliśmy.

Dodatkowo kilka uwag o krzepnieniu. Gdziekolwiek obserwowaliśmy krew wynaczynioną (rany wątroby po wycięciu kawałków klinowatych, dwie płytki szklane w jamie brzusznéj królika, łożysko, błony krupowe itd.), wszędzie

stwierdziliśmy, że są to ciałka czerwone, które dają początek istocie włóknistéj, siatkowatéj, któréj włókna jużto mają barwę ciałek czerwonych, albo silnie nasycają się safraniną na kształt istoty chromatycznéj jąder. Wyborny środek ustalania *(fixation)* różnych składników, jakim jest rozczyn Fleminga, pozwolił nam bliżéj wglądnąć w szczegóły tych zmian, jakim ciałka czerwone po wynaczynieniu ulegają. Dla teoryi A. Schmidta do dziś dnia panującéj nie znalazłem najmniejszéj podstawy, przeciwnie wszystko przeciw niéj przemawia. Powstawanie włókienek z ciałek czerwonych widzieliśmy w sposób nie dopuszczający innego tłomaczenia w płytkach wprowadzonych do jamy brzusznéj królika. Nie były to jednak *stromata* ciałek czerwonych (Landois, *stromafibrin*) ale przeciwnie ich istota, która im nadaje właściwą barwę; ona to gromadziła się na pewnych punktach, tworząc ową siatkę hemoglobinową. Obrazy takie możnaby na pierwszy rzut oka w ten sposób tłomaczyć, że są to włókienka powstałe w plazmie krwi z tych trzech istot, których istnienie Schmidt przypuszcza, a które tylko zabarwiły się barwikiem ciałek czerwonych. Tak jednak nie jest, bo jak to między dwiema płytkami stwierdziliśmy, a nie mniéj i w innych miejscach, sama istota ciałek czerwonych była punktem wyjścia dla owych włókienek. W błonach rzekomych krupowych ciałka czerwone *en masse* przez zlewanie się w grubsze beleczki tworzyły siatkę o grubych włóknach. Widzieliśmy daléj zlewanie się ciałek czerwonych w istotę zbitą prawie jednolitą z szparkami i szczelinami podłużnemi, barwy jużto ciałek czerwonych, jużto miejscami oddziaływających jak chromatyna. Wśród pewnych zaś warunków ciałka czerwone rozpadały się w masy drobnoziarniste lub prawie jednolite bezbarwne. Co się w tych razach stało z ich hemoglobiną, niewiadomo. Wogóle z ciałek czerwonych powstawały wszystkie możliwe postacie włóknika. Jak pojąć te wszystkie objawy? Wyszedłszy z tego założenia, że krew jest rodzajem płynnéj krążącéj tkanki, która jak tylko przestanie krążyć ma dążność do wytworzenia tkanki stałéj, musimy i w skrzepie odkryć tę dążność. Jak to widzieliśmy w zapaleniach przewlekłych interstycyjalnych, pewne ciałka czerwone służyły do wytworzenia istoty międzykomórkowéj, inne do wytworzenia komórek, to i tu dążność ta się uwydatnia w postaci włókien hemoglobinowych i zwiększonéj ilości leukocytów. Rozpadu leukocytów, téj najważniejszéj okoliczności śród krzepnienia według Schmidta, nikt dotąd nie widział i dziwić się tylko wypada, jak teoryja ta może jeszcze dziś służyć za podstawę poważnéj dyskusyi (teoryja koagulacyjna Weigerta). W krwi krzepnącéj stwierdzić zawsze można zwiększoną ilość ciałek białych i to w miejscach, gdzie o ich następowéj imigracyi mowy być nie może. Dziwne to zaiste rozumowanie, gdzie pewnych składników znajduje się więcéj niż w stanie prawidłowym, mówić o ich rozpadzie, gdy nowe składniki zkądinąd nie przybywają. Mamy przed sobą nie rozpad, lecz nowotworzenie leukocytów i to z ciałek czerwonych, zjawisko, które jest koniecznem następstwem nowych zmienionych warunków, w jakich się znajduje ta tkanka krążąca, i które ma analogon w zapalnem nowotworzeniu tkanki łącznéj. W leukocytach w oczkach skrzepu się znajdujących widzimy często zmiany postępowe, wzrost ich jąder aż do rozmiarów jąder epitelijoidowych. Gdzie są objawy rozpadu? Przy organizacyi skrzepu w takowym znajdują się wszystkie składniki potrzebne do wytworzenia tkanki łącznéj, rozchodzi się tylko o usunięcie nadmiaru, lub nagrodzenie zniszczonych składników, a przy tem śródbłonki błony wewnętrznéj znowu nie odgrywają żadnéj roli, tylko znów ciałka czerwone znajdujące się w skrzepie samym lub przyniesione następowo jako takie lub już jako leukocyty. Że organizacyja skrzepu rozpoczyna się od miejsc przylegających do ściany naczynia, łatwo pojąć, bo warunki, w jakich się tutaj krew skrzepu znajduje, są najbardziéj zbliżone do tych, jakie widzieliśmy w przewlekłem zapaleniu narządów miąższowych.

Skrzep okazuje niekiedy t. zw. zwyrodnienie szkliste, a nawet amyloidowe. W badaniach moich nad chorobą Brighta wykazałem, że te zwyrodnienia polegają na właściwéj przemianie ciałek czerwonych (pętle naczyniowe kłębków, piramidy), że zatem nie są zwyrodnieniami w ścisłem tego słowa znaczeniu. To samo powiedzieć możemy o tych zwyrodnieniach w skrzepie. Jestto znów tylko właściwa przemiana ciałek czerwonych. Wszędzie istota szklista i amyloidowa ma to samo znaczenie, tę samą histogenezę.

Kilkakrotnie przy opisywaniu zmian we krwi mieliśmy sposobność zauważyć szczególne oddziaływanie na barwiki owéj siatki powstającéj z ciałek czerwonych. Preparaty z rozczynu Fleminga mają tę właściwość, że w safraninie barwi się tylko istota chromatyczna jąder i właśnie owa siatka z ciałek czerwonych powstała, wśród pewnych warunków także i ciałka czerwone, te ostatnie zazwyczaj tylko wtenczas, gdy są pokurczone lub inaczéj zniekształtnione. Dlaczego siatka powstająca z ciałek czerwonych i istota chromatyczna jąder zachowują się tak samo w obec safraniny i gencyjany? Preparaty nawet energicznie odbarwiane w alkoholu z kwasem solnym zawsze to zjawisko okazują. Przypomnijmy sobie obraz krwi pokrywającéj brzegi rany wątroby po wycięciu kawałka klinowatego. Mamy przed sobą siatkę o barwie ciałek czerwonych i z téj saméj istoty co te złożoną. Siatka ta w pewnych miejscach silnie się barwi safraniną. W siatce żółto-zielonawéj, którą nazwałem hemoglobinową, rozprószone są często leukocyty w daleko większéj ilości, niż to krwi odpowiada, w siatce barwiącéj się safraniną, gdy ta jest gęstą, leukocytów nie widzimy. Jak wytłomaczyć to zjawisko, które bynajmniéj nie jest przypadkowem? Tylko tem, jeżeli przypuścimy, że w ciałkach czerwonych przychodzi tu do rozdzielenia ich dwu istot, jednéj która stanowić ma istotę międzykomórkową i drugiéj chromatycznéj, stanowiącéj jądra. To jednak rozdzielenie się dwu istot odbywa się, że tak powiem, w sposób prawidłowy, jak w sprawie nowotwórczo zapalnéj, lecz zachodzą tu liczne nieprawidłowości, które polegają na tem, że istota chromatyczna ciałek czerwonych zamiast utworzenia jądra dla przyszłéj komórki tkanki łącznéj, jak to ma faktycznie miejsce w pewnych częściach skrzepu, ulega przemianie chemicznéj tego samego rodzaju (wskutek któréj ciałka czerwone dostają jądra chromatynowe), ale dopiero wtenczas, gdy już ciałka czerwone utworzyły siatkę. Siatka ta zatem dlatego barwi się podobnie jak istota chromatyczna jąder, bo rzeczywiście chemicznie jest tą istotą, tylko rozdzieloną w sposób nieprawidłowy. Dlatego to siatkę tę nazwałem chromatynową. Przypatrzywszy się bliżéj takiéj siatce, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie włókienka jéj są nieco grubsze, widzimy, że włókienka te są złożone z samych podłużnych ziarenek, jakby płytek zupełnie identycznych z temi, jakie znajdujemy jako chromatynę w ciałkach czerwonych z jądrami i w leukocytach wielojądrowych

(zwłaszcza tych, gdzie widzimy fragmentacyję Arnolda). Rozumie się samo przez się, że nie zawsze musi przyjść do tego oddzielenia istoty chromatycznéj z ciałek czerwonych. W sprawie nowotwórczo-zapalnéj ma to miejsce w nieznacznéj liczbie ciałek czerwonych. Tak samo i w skrzepie. Widzimy tu nieraz samą tylko siatkę hemoglobinową lub szerokie pasy istoty hemoglobinowéj, a tylko ślady istoty chromatycznéj. Co wpływa na prawidłowe (w postaci jąder) i nieprawidłowe (w postaci siatki) oddzielenie istoty chromatycznéj z ciałek czerwonych, pytanie to jak również bliższe wyświetlenie caléj histogenezy tych zjawisk musimy pozostawić przyszłym badaniom. W sprawie nowotwórczo zapalnéj widzieliśmy blizki związek siatki hemoglobinowéj z włókienkami tkanki łącznéj, mianowicie przemianę pierwszéj w ostatnie, dlatego to nazwę włóknika, jeżli w ogóle ta nazwa ma pewną racyję bytu, zarezerwowałbym dla siatki chromatynowéj jako takiéj, z któréj już może żaden składnik przy organizacyi skrzepu nie powstanie. Siatka zaś hemoglobinowa wraz z nowowytworzonemi składnikami komórkowemi może pod tym względem posłużyć za materyjał dla nowo powstającéj tkanki łącznéj.

Z moich zapatrywań na skrzep nie wynika wcale, ażeby jego części składowe tylko miały wytworzyć późniejszą tkankę łączną, ażeby to zatem była organizacyja skrzepu w całem tego słowa znaczeniu. Zapewne znaczna jego część ulega rozpadowi, ale ubytek nagrodzony bywa znowu ciałkami czerwonemi świeżemi, jeźli ma przyjść w ogóle do organizacyi. Mamy zatem i w skrzepie dążność do wytworzenia stosunków, jakie mają miejsce w sprawie nowotwórczo-zapalnéj i w głównych zasadach sprawy te są te same.

Reasumując powyższe uwagi, powiedzieć możemy, że wszelki produkt zapalny, w jakiejkolwiek postaci sam się przedstawia, pochodzi z krwi i to głównie z ciałek czerwonych, owego najważniejszego składnika krwi, a który dotąd tak podrzędną odgrywał rolę.

Czytający niechaj nie wierzy w wyniki moich badań. Dobrze zrobi. I ja nie wierząc w wiele nibyto prawd, mogłem może rzucić nieco światła na tyle dotąd ciemnych zagadnień w naszéj nauce.

W końcu składam podziękowanie p. prof. Cornilowi za gościnność w Jego pracowni i za cenne rady, jakich mi w pracy mojéj nie szczędził.

V. Z praktyki prywatnéj.

Smierć skutkiem ukąszenia muchy.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski z Russ. Moldawitzy na Bukowinie.

W dniu 14 sierpnia z. r. zostałem zawezwany do leśnego we wsi Watra-Moldawitza, powiat Kimpolungski, który według opowiadania rodziny został na 3 dni przedtem wśród drzemki na łące ukąszony przez „dużą muchę“. Przybywszy na miejsce zastałem następujący *status praesens*. Mężczyzna w wieku czterdziestu kilku lat, nadzwyczajnie silnej budowy, dobrze odżywiony. Ciepłota ciała 40·2° C., tętno 108 na minutę, fala tętna mała, łatwo ugnieść się dająca. Przy oglądaniu najpierw wpada w oczy kolosalny obrzęk surowiczy powiek i lewego policzka wraz z lewą połową szyi aż po wyrostek sutkowy kości skroniowej. Część skóry ponad obrzękiem silnie napięta, ścieńczała i lśniąca — z jamy nosowej i ustnej wydziela się obficie lepka, cuchnąca ciecz o żółto-zielonawej barwie. Ze szpary powiekowej lewej wydobywa się wydzielina ropiasta. W odległości 1 ctm. od kącika wewnętrznego oka lewego ku dołowi znajduje się mała ranka wielkości siemienia o gwiaździsto rozpadłych brzegach, barwy brudno-czerwonej, która natychmiast zwraca uwagę badającego jako domniemana brama wejścia jadu. Na to też miejsce wskazuje i pacyent zapytany, w którą okolicę został przez muchę ukąszony. Warga górna w lewej swej połowie obrzękła w całości skrzywiona skośnie, przyczem kąt prawy, nie zajęty obrzękiem, jest mocno ku górze wzniesiony. Gruczoły limfatyczne w pasze, na karku, pod obiema szczękami i w obu pachwinach obrzękłe i twarde. Co do zboczeń funkcyj istniały: zwiększone pragnienie, zaparty stolec, skąpe oddawanie moczu o ciemno-pomarańczowej barwie, wreszcie uporczywe nudności bez wymiotów.

Oczyściwszy wyżej opisaną rankę 5% kwasem karbolowym i pokrywszy ją kawałkiem gazy jodoformowej, zaleciłem środek przeczyszczający (*natr. sulf.*), chininę i letnią, dłużej trwającą kąpiel, jakoteż większą ilość mleka kwaśnego i koniak, które chory z chęcią przyjmował. W dwa dni później przyjechawszy do chorego, zastałem stan jego o tyle zmieniony, iż w obrzękłych gruczołach limfatycznych dało się stwierdzić chełbotanie, w skutek czego zrobiłem sześć głębokich nacięć, przyczem z dwóch gruczołów pachowych po stronie lewej wydzielała się płynna ropa z dodatkiem atramentowo-czarnej płynnej krwi, podczas gdy jedno cięcie w pachwinie prawej i trzy cięcia wykonane na gruczołach podszczękowych miały tylko ten skutek, iż z ran wypłynęła nieznaczna ilość krwi również o ciemnem zabarwieniu. Stan ogólny chorego przedstawia w dniu tym objawy zapadu, język suchy, szarym mułem obłożony, koniec czerwono zabarwiony. Tętno przepuszczające, z trudnością wymacalne, częstość uderzeń 68 na minutę. Ciepłota ciała 38° C. Nagły spadek tętna, zapad i osłabienie akcyi serca kazały mi źle rokować, toteż na zapytanie ze strony rodziny odpowiedziałem, iż zejście śmiertelne jest niemal nieuniknione. W trzy dni później, a więc w 9 dni po ukąszeniu przez owad, chory zakończył życie, a jak się później dowiedziałem, przystawiono mu na dzień przed skonem 24 pijawek.

Jestto czwarty z rzędu przypadek ukąszenia przez owady, do którego w powiecie tutejszym byłem wzywany; z tych 3 zakończyły się wyzdrowieniem przeciętnie po 14 dniowem trwaniu objawów posocznicy. W żadnym z tych czterech przypadków nie mogłem sprawdzić gatunku owadu (w jednym wskazywano ze stanowczością na *Hypoderma bovis*), a niezwykłą może częstość ogólnego zakażenia skutkiem ukąszenia przez owady tłómaczę sobie tą okolicznością, iż w tych stronach na wykonywanie przepisów policyjno-sanitarnych zbyt małą zwraca się uwagę, skutkiem czego n. p. nieraz przy głównym trakcie spotyka się w porze gorącej rozkładającą się padlinę, z której krocie owadów czerpią dostateczny materyjał zakaźny, aby takowy drogą ukąszenia wprowadzić do ludzkiego ustroju.

VI. Oceny i sprawozdania.

Choroby skórne.

White (Boston): **O wpływie dyjety na powstawanie i leczenie chorób skórnych.**

Rozmaite pokarmy uważają tak lekarze, jak i lud jako szkodliwe w pewnych chorobach skórnych. Do takich masło ma należeć, na co się White nie zgadza. Tak samo uważają mąkę owsianą za szkodliwą, co według zdania W. również jest nieuzasadnionem. To samo powiedzieć można o rybach i mięsie. Hyde twierdzi, że wyskok pogarsza przebieg spraw zapalnych skóry. U niektórych ludzi piwo wywołuje obfity trądzik (*acne*) dolnéj połowy twarzy. Spożywanie kwaśnych owoców może sprowadzić ostry wyprysk; poziomki sprowadzają często pokrzywkę, jabłka drobne wybujałości około ust. Niektóre gatunki orzechów mogą sprowadzić zapalenie błony śluzowéj jamy ustnéj. Unna opisuje przypadki pokrzywki, które powstawały, gdy poziomki nie były jeszcze połknięte, lecz gdy je tylko do ust włożono. (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis*, rocznik XX.).

Dr. Bf.

Choroby nerwowe.

Prof. Bernhardt: **Przypadek rozsianego zapalenia nerwów ze zmianami w pobudliwości elektrycznéj nerwów nieporażonych.**

Mężczyzna 20-letni, który nadużywał napojów wyskokowych, zachorował na różne zaburzenia nerwowe. Stał się bardzo drażliwym, przy najmniejszych powodach czerwieniał się i pocił, chód jego stał się niepewnym i niezgrabnym, ręce i usta przy ruchach drgały, palce rąk i nóg straciły czucie. Przytem nigdzie nie można było wykazać ani śladu porażenia lub niedowładu. Odruchów ścięgnistych nie było.

Badanie prądem elektrycznym wykazało znaczne obniżenie pobudliwości elektrycznéj tak galwanicznéj, jak i faradycznéj, we wszystkich mięśniach. Z czasem nastąpiła znaczna poprawa w stanie ogólnym chorego. Zaburzenia w czuciu i niezborność ruchów ustąpiły prawie w zupełności; zmniejszona pobudliwość elektryczna jednak pozostała bez zmiany.

Autor odnosi obraz ten chorobowy do zapalenia nerwów wyskokowego (*neuritis alcoholica*), a dziwny objaw obniżenia pobudliwości elektrycznéj mięśni, które nigdy nie były porażonemi, znajduje według autora wyjaśnienie w *Névrite périaxile et segmentaire* Gombaulta. (*Zeitsch. für kl. med.*, XVII., p. 54. 1890). *Dr. Süsskind.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 8 kwietnia. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo!

W Nrze 14 „Przeglądu Lekarskiego“ z dnia 4 kwietnia b. r. zamieszczony jest artykuł Prof. Dra Adamkiewicza p. t.: „Zasady racyjonalnego leczenia nowotworów złośliwych (raków). Doniesienie czwarte“.

W artykule tym Prof. Adamkiewicz podaje między innemi, „że udało mu się, przy ściśléj kontroli i innych, przerzuty rakowe w niedwuznaczny sposób doprowadzić do zaniku, a w saméj tkance rakowéj wywołać oddziaływanie z widoczną dążnością do wyleczenia“.

Ponieważ Prof. Adamkiewicz doświadczenia swe wykonywał na naszych oddziałach, przeto oświadczamy, że odstąpiliśmy wprawdzie Prof. Adamkiewiczowi odpowiedni materyjał do doświadczeń, że jednakże za wnioski z tych doświadczeń wysnute nie bierzemy żadnéj odpowiedzialności.

Kraków, dnia 7 kwietnia 1891.

Prof. Dr. Korczyński. *Prof. Dr. Obaliński.*

* Na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego odbytem w dn. 8 b. m. przewodniczący zawiadomił, że kol. Murdzieński podjął się redakcyi kalendarza lekarskiego, który dotychczas wychodził we Lwowie. Prof. Korczyński przedstawił wyroby pp. Bełdowskiego i Zahradnika i wniósł imieniem komisyi przemysłowéj, aby Towarzystwo lek. udzieliło wyrobom tym swego poparcia. Następnie koll. Żmigrodzki i Kryński mieli wykłady zapowiedziane, poczem przez głosowanie przyjęto na członków czynnych Drów Lud. Korczyńskiego, Raczyńskiego, Starochowicza i Wojtaszka. Wreszcie prof. Domański w imieniu komitetu Tow. przedstawił sprawę przyjęcia gości podczas Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich, odbyć się mającego w lipcu.

* Redaktor główny „Przeglądu Lek.“ powrócił z wycieczki i objął swoje czynności.

* Półrocze letnie, a tem samem i wykłady we wszystkich Wydziałach Uniw. Jagiell. rozpoczynają się w poniedziałek d. 13 b. m. W Wydziale lekarskim wykładanych będzie przedmiotów 40 przez 29 prelegentów, a mianowicie profesorów zwyczajnych 11, nadzwyczajnych 12, docentów prywatnych 6.

* Z Iwonicza. Podczas wierceń sposobem kanadyjskim natrafiono w Iwoniczu w głębokości 371 metrów na źródło słone jodobromowe w nadzwyczajnéj obfitości, które pompowane maszyną parową przez 24 godzin poziomu swego nie obniżyło. Źródło to wedle rozbioru prof. Trochanowskiego z Czernichowa jest co do składu chemicznego prawie identyczne z najsilniejszem źródłem Iwonickiem: Karola, przewyższa go jedynie cokolwiek w zawartości soli kuchennéj. Położone w niedalekiéj odległości od zakładu będzie ono służyć wyłącznie do przyrządzania kąpieli, ku czemu zarząd już obecnie odpowiednie czyni przygotowania.

* **Wiedeń**. Nowo utworzoną posadę przełożonego pracowni chemicznéj w szpitalu Rudolfa otrzymał Dr. Freund.

* **Berlin**. Na mocy zezwolenia cesarza ulica oznaczona dotąd liczbą 32 w Berlinie nazwaną została ulicą Virchowa.

Zjazd XX. niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego otwarty został d. 1 b. m. przez Thierscha, który wspominał o zgonie trzech członków w ciągu ostatniego roku, a mianowicie prof. Nussbauma w Monachijum, Dra Reyhera w Petersburgu i Dra Szmuli w Zabrzu; poczem prof. Bergmann zdał sprawę z funduszów budowy domu Langenbecka, pod który to dom w sobotę d. 4 b. m. położono kamień węgielny. Wreszcie tenże prof. Bergmann mówił o odkryciu Kocha, a w dyskusyi wzięli udział proff. Thiersch, König, Schede, Lauenstein, Eiselsberg i Küster. Dyskusyja odbyła się w obecności Kocha.

* **Rzym**. Król włoski darował miastu Turynowi sumę 160,000 lirów na szpital dla chorób zakaźnych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kiel**. Dr. Ferdynand hrabia Spee mianowany został profesorem nadzwyczajnym. — **Królewiec**. Dr. Samter habilitował się jako docent chirurgii. **Tomsk**. Dr. Fortunatow z Petersburga mianowany nadzw. profesorem farmakologii; Dr. Gramatikati profesorem położnictwa, a Dr. Jerofejew prof. okulistyki. — **Strasburg**. Docent chirurgii Dr. Lederhose mianowany profesorem nadzw. — **Dorpat**. Prof. psychijatryi Kraepelin opuścił Dorpat udając się na nową posadę w Heidelbergu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 18 Kwietnia 1891. Nr. 16.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Doświadczenia z limfą Kocha

w oddziale chirurgicznym szpitala św. Zofii we Lwowie

podał

Dr. H. Schramm.

Niedawno, bo ledwie parę miesięcy temu, jak po pierwszem ogłoszeniu Kocha o działaniu jego limfy, uważano nowy lek za ostateczne, a długo oczekiwane rozwiązanie zadania doszczętnego leczenia gruźlicy; tak lekarze, a może jeszcze więcéj publiczność cała przyjęła wiadomość tę z zapałem, jakiego może jeszcze nigdy nie widziano w historyi medycyny; o każdą kroplę cudownego płynu dobijano się, a przechowywano bardziéj niż złoto, dziś występuje na całéj prawie linii gwałtowna reakcyja, a lekowi, który jeszcze niedawno uważano za cudowny, odmawiają z wielu stron wszelkiéj wartości, ba nawet uważają go za wprost szkodliwy, który zamiast leczyć gruźlicę, przyczynia się raczéj do szybszego jéj rozwoju i rozpowszechnienia w chorym ustroju. Gdy jednak mimo tych, przyznać trzeba, coraz liczniejszych zdań nieprzychylnych, mimo anatomicznych badań Virchowa, przecie z innych stron pojawiają się opisy bardzo dobrych wyników, osiągniętych po leczeniu kochiną, to przypuścić musimy, że środek ten w przypadkach na pozór zupełnie podobnych musi działać rozmaicie, a różnice te zależeć muszą od nieznanych lub przynajmniéj niedokładnie znanych szczegółów, bądź to od samego stosowania leku, bądź też od ustroju, do którego się lek dostaje, lub też od samych zmian chorobowych, ich rodzaju, umiejscowienia, rozległości, i t. p. szczegółów, które tylko przy bardzo wielkiéj liczbie przypadków i starannéj obserwacyi dadzą się następnie ująć w pewne grupy i prawidła, według których będzie można kiedyś stanowczo powiedzieć, czy po nowym środku można się w ogóle spodziewać dobrych skutków leczniczych, w jakich to może nastąpić przypadkach, a w jakich używanie kochiny będzie bez skutku lub nawet szkodliwe.

Z tego powodu sądzę, że ogłoszenie czynionych z tym lekiem doświadczeń jest konieczne i dlatego podaję poniżéj wyniki mych prób dokonanych w szpitalu św. Zofii we Lwowie na 17 dzieciach, dotkniętych tak zwaną gruźlicą chirurgiczną.

Historyje tych chorych podaję obecnie w możliwem skróceniu. Obszerne sprawozdanie z doświadczeń będzie opisane w innem miejscu.

1) Józef N., lat 7. Stan odżywienia lichy. W prawym szczycie z tyłu wypuk trochę krótszy, rzężeń nie ma. Zresztą w płucach zmian żadnych. Na stopie lewéj wyskrobano przed 5 dniami owrzodzenie gruźlicze w stawie między palcem dużym a kością śródstopia. Rana pokryta brodawkami żywo czerwonemi w głębi nieco wypociny szaréj. Obrzmienia i bolesności w otoczeniu nie ma.

29/11 1890 r. wstrzyknięto 4 miligramy limfy. W 12 godzin gorączka 39·4, tętno 160, zresztą żadnych przypadów; miejscowa reakcyja bardzo mała, brodawki trochę ciemniéj zabarwione, lekkie obrzmienie i bolesność. Przez następne 6 dni stan bezgorączkowy.

6/12 wstrzyknięto 4 miligramy, gorączka 38·1, bez reakcyi. Następne dwa dni bez gorączki.

8/12 wstrzyknięto	4 miligramy,	gorączka	39·4.
12/12 „	4 „	„	38·1.
15/12 „	4 „	„	38·3. — Od

tego czasu zaczęło występować stałe pogorszenie; gorączka codzień bez wstrzykiwań dochodzi niezmiennie do 39, a nieraz do 40°. Kaszel suchy uporczywy. W płucach w szczycie prawym wypuk stłumiony. Koło rany obrzmienie i bolesność coraz większe i dlatego 9/1 1891 wykonać musiałem operacyję polegającą na wyjęciu kości śródstopia i oczyszczeniu całéj jamy z obfitych, częścią rozpadających się, częścią słoninowatych granulacyj gruźliczych. Po operacyi w następnych dniach gorączka dochodziła do 38·5.

13/1 wstrzyknięto 3 miligramy, gorączka 40·2, następnego dnia 38·7, potem bez gorączki.

23/1 po 5 miligramach gorączka 39·4, następne 4 dni bez gorączki.

30/1. Po 4 miligramach 39°.

2/2. Po 6 mlgr. gorączka 40. Stan ogólny coraz gorszy, kaszel uporczywy, stłumienie się rozszerza do grzebie-

nia łopatki, rana szarą wypociną pokryta, naokoło obrzmienie i bolesność. Zaprzestano dalszych wstrzykiwań.

2) Józef J., lat 5. Stan odżywienia mierny, płuca zupełnie zdrowe, serce, nerki i przewód pokarmowy również. Pod okiem prawem przetoka sięgająca do obnażonéj kości. Na ramieniu lewem i klatce piersiowéj po stronie lewéj owrzodzenia wielkości centa pokryte strupem. Na krzyżach, pośladkach i udzie lewem blizny białe po dawnych owrzodzeniach. Na stopie prawéj po resekcyi stawu skokowego dwie przetoki w okolicy kostki wewnętrznéj i na grzbiecie stopy, bardzo mało wydzielające, stopa niebolesna.

29/11 1890. Wstrzyknięto 3 miligramy limfy. W 5 godzin gorączka 40·2 utrzymuje się przez 8 godzin, apatyja, tętno nie do zliczenia, na całem ciele wysypka skarlatynowa, koło owrzodzeń silne obrzmienie i zaczerwienienie, podobnie i stare blizny mocno zaczerwienione z sinawą obwódką, stopa mocno obrzmiała i bardzo bolesna. Następne dwa dni bez gorączki.

Do dnia 2 lutego 1891 zrobiono w przerwach 3 do 5 dniowych 11 wstrzykiwań, stopniując bardzo powoli od 2 do 12 miligramów (razem zużyto 73 miligramów płynu). Po każdem wstrzyknięciu gorączka dochodziła do 38·6 lub 39, innych przypadów nie było. Miejscowa reakcyja coraz mniejsza. W dniu 8 lutego notujemy stan następujący: owrzodzenie pod okiem tak jak było, owrzodzenie na tułowiu prawie zagojone, stopa znacznéj obrzmiała i więcéj bolesna, stan ogólny znacznie gorszy, wieczorami i bez wstrzykiwań gorączka do 38·5. Kaszel, w płucu lewem stłumienie w szczycie. Zaprzestano dalszych wstrzykiwań.

3) Sime M., lat 7. Stan odżywienia lichy. Płuca, serce, nerki i przewód pokarmowy zupełnie prawidłowe. Na ręce lewéj odpowiednio do kości śródręcza czwartéj blizna biała, gładka, niebolesna, pozostała po wyskrobaniu ogniska gruźliczego tejże kości przed 29 dniami.

29/11 1890. Wstrzyknięto 5 miligramów, gorączka 40·8, osłabienie znaczne, tętno 140, na kończynach wysypka skarlatynowa. Na około blizny silne zaczerwienienie, bolesność i obrzmienie zajmujące połowę ręki. Gorączka utrzymuje się dwa dni do 39·3, poczem wraca do stanu normalnego. Blizna się rozpadła, a z powstałego wrzodu wyskrobano granulacyje w celu badania drobnowidowego (prof. Feigel).

3/12. Wstrzyknięto 3 miligramy, gorączka do 40°, następnego dnia 38·4 potem stan bezgorączkowy.

6/12. Po 4 miligramach 39·2 przez 3 godziny, w następnych dniach bez gorączki. Rana na ręce zagoiła się do 15 grudnia.

4/1 1891. Po 5 miligramach 39·3, miejscowo żadnéj reakcyi.

26/1. Po 5 miligramach 40°, miejscowo bez reakcyi.

20/1. Po 5 miligramach 38·6.

2/2. Po 6 miligramach 37·6.

6/2. Po 7 miligramach 38·2. Miejscowo bez reakcyi, blizna biała, gładka, niebolesna, jak była przy rozpoczęciu leczenia. Zaprzestano dalszych injekcyj.

4) Michał N., lat 10, dość dobrze odżywiony. — W prawym szczycie nad grzebieniem łopatki wypuk trochę krótszy. Zresztą zmian żadnych. Serce, nerki przewód pokarmowy zdrowe. Na stopie lewéj nad kością śródstopia czwartą wrzód wielkości soczewicy zatokowy, prowadzący do kości, naokoło nieznaczne obrzmienie i bolesność.

26/1 1891. Wstrzyknięto 1 miligram, ciepłota 37·9, na drugi dzień o 4 popołudniu 38·9. Ból głowy, nudności, koło wrzodu silne obrzmienie do połowy stopy.

30/1. Po 3 miligramach dopiero na drugi dzień 38·3.

2/2. Po 3 miligramach gorączka 40, nudności, łamanie po kościach, bardzo silne obrzmienie i bolesność stopy, na drugi dzień 38·6, na trzeci 38°.

6/2. Po 6 miligramach gorączka 40, na drugi dzień 38. Nudności, ból głowy, kaszel, stłumienie w dolnym płacie płuca z tyłu. Z tego powodu zaprzestano dalszych injekcyj.

5) Hania J., lat 6. Stan odżywienia lichy. W płucach nie ma zmian żadnych, serce, nerki, przewód pokarmowy prawidłowe. Łokieć prawy mocno obrzmiały, po obu stronach przetoki prowadzące do stawu, gorączka do 40°. Wykonano operacyję polegającą na usunięciu obnażonych i rozmiękłych końców stawowych kości i wyskrobaniu granulacyj gruźliczych, tamponada rany gazą jodoformową.

19/1. Wstrzyknięto 1 miligram, gorączka 39°, ogólnych przypadów żadnych, miejscowo żadnéj reakcyi.

Do 6 lutego zrobiono razem 8 wstrzykiwań stopniując powoli do 6 miligramów (razem 31 milgr.). Za każdym razem gorączka przechodziła 39. Rana goiła się prawidłowo. Natomiast wystąpiły nowe obrzmienia gruczołów limfatycznych w pasze, kaszel i stłumienie w prawym szczycie. Stan ogólny coraz nędzniejszy. Zaprzestano injekcyj.

6) Tadeusz S., lat 7. — Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych. W okolicy 8 i 9 kręgu piersiowego garb ostro kończasty, przy ucisku bardzo nieznacznie bolesny. Na lewo od garbu biegnie ku dołowi blizna pozostała po rozcięciu ropnia opadowego przed rokiem. W środku niéj przetoka sącząca skąpą wydzielinę, śluzowato-ropiastą. Po prawéj stronie w okolicy lędźwiowéj druga blizna czerwona a wśród niéj również przetoka w głąb prowadząca. W wydzielinie z przetok prątków nie znaleziono.

12/1. Wstrzyknięto 0·5 miligrama, ciepłota 37·4, pod wieczór 35 — zapad dość silny. Następnego dnia ciepłota prawidłowa.

14/1. Po 1 miligramie ciepłota najwyższa 38·5, miejscowo żadnéj reakcyi.

16/1. Po 1·5 miligramach ciepłota 37·6, następnego dnia 38·1.

19/1. Po $2\frac{1}{2}$ miligramach ciepłota 38, miejscowo bez reakcyi.

23/1. 3 miligramy, ciepłota najwyższa 37·4.

25/1. 5 miligramów, ciepłota najwyższa 37·4, miejscowo żadnéj reakcyi.

30/1. 6 miligramów, ciepłota 38·4. Tak samo dnia następnego.

2/2. 9 miligramów, ciepłota 38·4. Przez następne dnie wieczorami 38.

6/2. 16 miligramów, ciepłota 39·2. Stan miejscowy nie zmieniony. Przez następne dni gorączka wieczorami waha się między 38 a 38·5. Stan ogólny podupada, a ponieważ na sprawę miejscową nie było żadnego wpływu, przeto zaprzestano dalszych wstrzykiwań.

7) Celestyna S., lat 15. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian chorobowych wykazać nie można. Serce, nerki, przewód pokarmowy zupełnie prawidłowe. W pachwinie prawéj przetoka dążąca ku kości krzyżowéj, choréj kości jednak zgłębnikiem wykazać nie można. Z przetoki wyskrobano przed 2 miesiącami granulacyje, w których już mikroskopowo widać było wielką ilość gruzełków, prątków gruźliczych przy badaniu drobnowidowem (przez Dra Wiczkowskiego) nie można było wykryć. Przy wstrzykiwaniu jodoformu i gliceryny wydzielina się zmniejszała i rana zaczęła się ściągać.

29/11 1890. Wstrzyknięto 6 miligramów limfy. W 10 godzin ciepłota 41·1, tętno 140, osłabienie, wysypka plamista na piersiach i plecach. Na drugi dzień rano 39·4, poczem ciepłota wraca do stanu prawidłowego.

12/12. Wstrzyknięto 5 miligramów. W 10 godzin dreszcze, gorączka 42·1°, zapad, osłabienie, suchy kaszel, ślad białka w moczu, miejscowo żadnéj zmiany. Następne dni bez gorączki.

15/12. Po 4 miligramach gorączka 41·5, nudności, ból głowy. Następne dni bez gorączki. Wydzieliny z rany znacznie mniéj.

19/12. Po 4 miligramach gorączka 41·5, wymioty, ból głowy. Następne dni bez gorączki.

4/1 1891. Po 3 miligramach gorączka 40°. Wydzieliny taka sama ilość, blizna się rozpadła.

7/1. Po 5 miligramach gorączka 39·5.

9/1. Wstrzyknięto 3 miligramy, gorączka 38, miejscowo bez zmiany. Stan ogólny znacznie gorszy. Ubytek w wadze 8 kilogramów.

12/1. 5 miligramów, ciepłota najwyższa 39·3.

14/1. 5 miligramów, ciepłota 37·6.

16/1. 7 miligramów, ciepłota najwyższa 37·6. Miejscowo żadnéj zmiany.

19/1. 10 miligramów, ciepłota 37·6.

21/1. 10 miligramów, ciepłota 37·7. Stan ogólny się poprawił, na wadze przybyło 3 kilogramy. Miejscowo stan ten sam.

26/1. 15 miligramów. Największa ciepłota przez dwie godziny 39·2.

30/1. 18 miligramów, ciepłota 38.

2/2. 24 miligramów, ciepłota 37·5. Stan ogólny i miejscowy taki sam jak przed rozpoczęciem leczenia. Zabrano dziecko do domu. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiéj Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O nowszych środkach nasennych.

(Wodnik amylenowy, sulfonal, uretan, hypnon).

Podał

Dr. J. Surzycki,

I. asystent kliniki lekarskiéj.

(Dok. Patrz Nr. 15.)

Sen nastawał późniéj niż przy wodniku amylenu, bo nieraz w pół godziny lub godzinę. U zdrowych ludzi wywoływał tylko uczucie znużenia, a nie zawsze sprowadzał sen, u osób zaś nerwowych, cierpiących od dłuższego czasu bezsenność, wywoływał najczęściéj 5-cio do 8-io godzinny spokojny sen, po którym ani bólu głowy ani zaburzeń w trawieniu nie było. Przyzwyczajenia się do tego środka nie zauważył i owszem przy dłuższem podawaniu w jednakowéj dawce skutek był zawsze jednakowy. To samo potwierdza Rabbes, który na 27 umysłowo chorych próbował sulfonalu i w dawkach 2 lub 3-ch gramowych otrzymywał dobre wyniki. Nawet u chorych niespokojnych występował sen kilkogodzinny, chociaż działanie jego nieraz o godzinę lub dwie się opóźniało.

Co do wpływu na krążenie są pod tym względem zdania sprzeczne. I tak Schmey zastosował sulfonal w dawce 2-ch gramów u chorego z dusznicą sercową, polegając na zdaniu Kasla, że sulfonal na krążenie nie wpływa i wywołał bardzo znaczne napady dusznicy, czego przedtem nie było przy użyciu 3-ch gramów wodnika amylenu. Do tych samych wyników doszli Joachim, Kisch i Garnier, z drugiéj zaś znowu strony Müller w przypadku dusznicy sercowéj żadnych napadów przez podawanie sulfonalu nie wywołał, a zawsze sprowadzał kilkogodzinny sen. Cramer stosując sulfonal u umysłowo chorych, osiągnął w 92% dobry skutek, a chorzy używając po 2 grm. przez dłuższy czas, nie doznawali żadnych dolegliwości. Tak n. p. jeden z nich wyżył 180 grm. w ciągu 2-ch miesięcy, drugi zaś 300 bez jakichkolwiek złych następstw dla swego zdrowia.

Z obserwacyi Rosina jeden tylko szczegół warto zaznaczyć, to jest, że sulfonal u suchotników w dawkach 2 lub 3-ch gramowych, zmniejszając pobudliwość błony śluzowéj oskrzeli zmniejszał i kaszel, ale nie w tym stopniu, jak to czyni morfina w dawkach 1-o centigramowych.

Nie zawsze jednak użycie sulfonalu pozostaje bez zaburzeń w ustroju i tak Schwalbe zauważył w 6 przypadkach zawroty głowy, rzadziéj już nudności, wymioty lub biegunkę. Pomimo tych zaburzeń tętno i oddechy nie okazywały żadnéj zmiany. Podając dzieciom dawki ćwierć lub pół gramowe, zawsze wywoływał dłuższy lub krótszy sen.

Że sulfonal nie wywiera szkodliwego wpływu na sprawę trawienia, to wykazał w swéj pracy Cromer, który robiąc próby z rozmaitemi środkami nasennemi przy sztucznem trawieniu, przekonał się, że sulfonal nie osłabia wpływu śliny na przemianę istot skrobiowatych, a w zgęszczonych nawet rozczynach 1:20 nie opóźnia zwykłego czasu potrzebnego do strawienia białka, kiedy przeciwnie czynią to paradelhyd, wodnik amylenu i chloral. Też same doświadczenia wykonane ze sztucznym sokiem trzustkowym również osłabiającego wpływu sulfonalu nie wykazały.

Badania zaś Smitha co do przemiany materyi i wydzielania azotu nie wykazały żadnéj różnicy podczas podawania sulfonalu.

Z drugiéj strony kilku autorów zwraca uwagę na nieprzyjemne objawy, jakie przy użyciu sulfonalu wystąpiły. Tak Engelman przytacza przypadek, gdzie już po 2-ch gramach sulfonalu wystąpiła osutka koło piersi i na ramieniu podobna do płonicowéj, połączona ze znacznym świądem. Zresztą jednak żadnych zaburzeń chora nie doznała. Podobny przypadek opisuje Schotten po 3-ch gramach sulfonalu, gdzie oprócz osutki na całem ciele wystąpiło znaczne osłabienie, uczucie znużenia, mowa stała się niewyraźna, władza w języku upośledzona i dopiero w kilka dni objawy te minęły bez śladu, tylko osutka jeszcze po 14 dniach dała się wykazać.

Przed użyciem sulfonalu przestrzegają też autorowie francuzcy jak Voisin i Montyel, którzy w większości przypadków otrzymywali objawy zatrucia. Erlenmayer nawet tak daleko się posuwa, że twierdzi, jakoby sulfonal działał szkodliwie na umysł, o czem jednak większość autorów wcale nie wspomina. Jedynie Fischer stosując u jednego morfinisty 10 do 15-tu gramów dziennie, zauważył lekkie zamącenie przytomności, utrudnioną mowę, niezborność ruchów dolnych i górnych kończyn i chód utrudniony. Objawy te jednak po zaprzestaniu środka ustąpiły. Podobne objawy zauważył i Borneman w jednym przypadku, a Knoblauch w kilku, gdzie po dłuższem użyciu sulfonalu występowały objawy zatrucia w postaci lekkiego niedowładu kończyn, zawrotów głowy, utrudnienia mowy, nudności i wymiotów i z tych powodów odradza używania szablonowego sulfonalu, polecając w każdym przypadku ściśle indywidualizować.

Opisane zaburzenia pochodzą może z téj przyczyny, że sulfonal był zanieczyszczony innemi ciałami, a na tę okoliczność zwrócił już uwagę Fränkel używając sulfonalu z fabryki Riedla, który był smaku gorzkiego i szczególniejszego zapachu, a po użyciu tego przetworu zawsze występowało osłabienie, uczucie znużenia, zajęcie głowy przez cały następny dzień tak, że chorzy w końcu wzbraniali się używać sulfonalu. Należy więc zawsze zwracać pilną uwagę na czystość przetworu i żądać sulfonalu z fabryki Bayera, po którym żadne zaburzenia mają nie występować.

Doświadczenia przezemnie w klinice robione opierają się na 16 przypadkach, w których stosowałem ten środek 56 razy, podając go w rozmaitych porach dnia, zaczynając od dawek 1-o gramowych.

Dawałem go w rozmaitych chorobach zapalnych płuc i opłucny, w suchotach i gruźlicy ostréj, w udarze mózgo-

wym, uwiądzie rdzenia pacierzowego, w neurastenii i macicznicy, w gośćcu stawowym, wadach sercowych, w marskości wątroby, uwiądzie starczym i w nowotworach narządów wewnętrznych, i to z rozmaitym skutkiem.

Podając dawki 1·0 gramowe, tylko w rzadkich przypadkach mogłem wywołać sen, a przy niedostatecznem działaniu chorzy skarżyli się na pewną ospałość i ociężałość; bólu głowy jednak nie doznawali. Zwykle dopiero przy 2 gramowych dawkach następował skutek w godzinę, a nieraz i we 2 po podaniu proszka w pół szklance wody. Sen był jednostajny, głęboki tak, że nieraz zmierzyłem ciepłotę i tętno bez przebudzenia chorego, a chorzy zasnąwszy w dzień przy zwykłym ruchu, jaki jest w klinice, spali zupełnie dobrze przez 4 lub 6 godzin, a nawet czasem do 8 godzin. Różnicy w ilości oddechów lub tętna nie zauważyłem żadnéj, a ciepłota utrzymywała się w tych samych granicach, jak przed podaniem środka.

W przypadku mięsaka goleni i płuc, gdzie bezsenność była wywołana bólami, z początku 2 gramy sulfonalu usypiały chorego, później zaś przy znaczniejszych bólach musiałem używać 0·03 morfiny lub 6 grm. sulfonalu, aby wywołać kilkogodzinny sen. Toż samo tyczy się przypadku nowotworu mózgowego, gdzie sulfonal był stosowany w dawkach 2 grm., sprowadzając sen kilkogodzinny i uspokojenie gwałtownych bólów głowy, ale w końcu jedynie tylko dawki znacznie większe zmniejszały ból głowy i majaczenia, ale snu nie sprowadzały. Dla porównania wstrzykiwałem temu choremu 2 ctgm. morfiny, po której występował 5-io godzinny sen, ale po przebudzeniu się chory narzekał na znaczniejszy ból głowy i ociężałość. W przypadku ostréj gruźlicy prosówkowéj, gdzie chory był bardzo niespokojny, ciągle majaczył i noce spędzał bezsennie, tam sulfonal skutku żadnego nie wywierał, nawet przy dawkach 5-io gramowych, wobec czego musiałem użyć wodnika amylenu z bardzo dobrym skutkiem.

Używając sulfonalu w zapaleniu płuc przy ciepłocie 40°, nadto w wadach serca, nie zauważyłem żadnego szkodliwego działania na narząd krążenia lub oddechania, a po przebudzeniu się chorzy na żadne uboczne przypady nie skarżyli się. Kaszlu jednak sulfonal n i e z m n i e j s z a ł i dlatego u suchotników z powodu uporczywego kaszlu nie mógł sprowadzić snu. Stosując go jako środek p r z e c i w p o t n y, o czem wspomina B ö t r i c h, w 2 przypadkach suchot płucnych, zauważyłem zmniejszenie się nocnych potów nawet po dawce pół lub 1 gramowéj, coby zachęcało do dalszych w tym kierunku obserwacyj.

Jedyne niemiłe doświadczenie miałem w prywatnéj praktyce u staruszki, rekonwalescentki po nieżytowem zapaleniu płuc, u któréj 1 grm. podany na noc nie wywołał żadnego skutku, a na drugą noc 1·50 grm. sprowadziło sen przeszło 20-to godzinny tak, że otaczający byli zatrwożeni stanem choréj. Chora przebudziła się wreszcie sama, nie narzekając wcale na tak długi sen i nie doznając żadnych ubocznych dolegliwości.

Z d o ś w i a d c z e ń t y c h w y n i k a więc, że sulfonal działa dobrze w przeważnéj ilości przypadków w dawkach 2 grm., rzadziéj zaś w dawkach 1 grm. Nie wywołuje żadnych szkodliwych objawów ubocznych, chyba w wyjątkowych przypadkach.

Najlepiéj go używać n a g o d z i n ę l u b p ó ł t o r y przed spaniem, popijając zawsze jakimś płynem. Osobom starszym i osłabionym ze względu na możliwość wystąpienia dłuższego snu, niż zamierzamy, należy podawać mniejsze dawki, zaczynając od $\frac{1}{2}$ grm. Uważać nadto należy, aby sulfonal był bez smaku i zapachu, inaczéj bowiem nie pochodzi z fabryki B a y e r a.

U r e t a n.

Należy on do etylenów kw. karbaminowego i powstaje przez działanie alkoholu etylowego na mocznik, ztąd też i jego nazwa. Jestto krystaliczny proszek bezbarwny, smaku saletry i bez zapachu. Łatwo się rozpuszcza w wodzie w równych częściach, a roztwór wodny powinien oddziaływać obojętnie. Ulatnia się bardzo łatwo tak, że zapisany w proszkach ze zwykłego, a nie woskowanego papieru po kilku już dniach znika.

Pierwszy wprowadził go J a k s c h a następnie i inni, jak J o l l y i S c h m i e d e b e r g robili nad nim liczne doświadczenia. J a k s c h podając 1·0 wywoływał sen kilkogodzinny w przypadkach, gdzie bezsenność polegała na zwiększonéj pobudliwości mózgu na zewnętrzne bodźce i wówczas uretan osłabia tę pobudliwość, nie wpływając jednak na obwodowe nerwy czuciowe. Inni autorowie, jak S t i c k e r, K r a e p e l i n, K ö n i g, O t t o i R o k i t a n s k y używali większych dawek 2 lub 3-ch gramowych nie widząc skutku po 1 grm., a tylko u dzieci, którym można bez wszelkich obaw uretan podawać, występował sen po 0·25—0·50—1·0.

Z ubocznych niemiłych działań wymienić jedynie należy pewną ociężałość głowy i ból, a w rzadkich przypadkach nawet wymioty. Według J a k s c h a i R o k i t a n s k i e g o po podaniu uretanu ma się zwiększać ilość moczu, czego jednak inni nie stwierdzili.

Pomijając dalsze szczegóły dotyczące uretanu, zdam tylko pokrótce sprawę z własnych doświadczeń klinicznych: Wyniki w ogóle nie są zachęcające, gdyż na skutek nie zawsze liczyć można. Prawie w tych samych przypadkach, w których poprzednio stosowałem sulfonal i wodnik amylenu, podawałem i uretan po 1 gramie bez wywołania snu, dopiero po 2 lub 3 grm. następował lekki sen, zwykle przerywany, pozostawiając po sobie tylko ciężkość i ospałość. W jednym tylko przypadku wystąpiły nudności, zresztą żadnych innych ubocznych działań nie spostrzegałem. Na kaszel lub bóle nie wpływa wcale, ale też podawany przy zmianach w krążeniu złych skutków na serce nie wywiera.

Co do innych środków nasennych stosowałem jeszcze h y p n o n, odkryty przez F r i e d l a, a polecony i stosowany przeważnie przez francuskich klinicystów, w pierwszym rzędzie przez D u j a r d i n - B e a u m e t z a, B a r d e t a i H i s t a.

Należy on do grupy przetworów fenylowych i jest właściwie methylfenylacetonem. Przedstawia się jako lekko żółtawy płyn, zapachu migdałów gorzkich i nieprzyjemnego ostrego smaku. Stosuje się go zazwyczaj w dawkach 10 do 50 centigrm. z dodatkiem olejku migdałowego, najlepiéj w kapsułkach klejonych. Z lekiem tym dochodziłem do dawek półgramowych, lecz tylko w rzadkich przypadkach był jaki taki skutek, w większości zupełnie zawodził. Żadną miarą nie zasługuje więc na polecenie.

Toż samo powiedzieć należy o *Cannabinum tannicum*, które polecone w dawkach $\frac{1}{4}$ grm., a stosowane nawet w 1 gramowych, nie wywierało stałego skutku; jedynie dozna-

wali chorzy pewnéj senności bez wszelkich ubocznych objawów.

Zbierając rzecz z wszystkich tych nasennych środków na podstawie mego doświadczenia, poleciłbym tylko sulfonal w przypadkach zwykłéj bezsenności nerwowéj, jak u neurasteników, hysteryczek lub w przebiegu przewlekłych chorób nerwowych, tam zaś gdzie mamy do czynienia z bezsennością połączoną z majaczeniami, niepokojem, rzucaniem się, podawałbym wodnik amylenu w dawkach nawet większych 4—8 grm. nie obawiając się żadnych złych skutków.

Leki te w ostatnich czasach znacznie potaniały i gdy poprzednio 1 grm. sulfonalu kosztował 35 ct., to obecnie tylko 8 ct., a wodnik amylenu i uretan 10 ct., możemy więc stosować te środki nawet w praktyce uboższéj.

III. Z praktyki prywatnéj.

O leczeniu róży i zapalenia tkanki podskórnéj (phlegmone) wyskokiem bezwodnym.

Wykład Dra B. Serkowskiego na posiedzeniu sekcyi Stryjskiéj w dniu 3 lutego 1891 r.

Ponieważ łatwy, a doskonały środek leczenia róży wyskokiem bezwodnym nie jest jeszcze tak rozpowszechniony, jak na to zasługuje, przeto pozwalam sobie zwrócić nań uwagę szan. kolegów, a dla ilustracyi przytoczę w krótkości 4 przypadki prędkiego wyleczenia wyskokiem bezwodnym nietylko róży, ale i różycowego zapalenia tkanki podskórnéj (*phlegmone*).

W jesieni r. 1889 wezwany byłem do noworodka, który może w dwa tygodnie po swych narodzinach dostał róży. Róża ta miała mieć początek naokoło otworu stolcowego, gdzie jednakże nie było widać żadnéj ranki, którą możnaby poczytać za bramę dla koków róży. Dziecię miało wtedy rozwolnienie, a matka gryzącym stoleczkom przypisywała powstawanie róży. Wcieranie maści karbolowéj, maści jodoformowéj, okłady z wody Goularda nie wywarły żadnego skutku na przebieg téj róży, owszem rozszerzyła się ona na moszna, pośladki i brzuszek, dziecię gorączkowało, było niespokojne, bezustannie kwiiło, a dalsze rozszerzenie się róży zdawało się nawet zagrażać życiu dziecięcia. Wtedy w Nrze 14 „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1889 wyczytałem wzmiankę, podaną przez sprawozdawcę A. R., o leczeniu róży podanem przez Behrenda, lekarza więziennego w Sagan, za pomocą wyskoku 90%. Zastosowałem ten sam sposób, polecając co 3 godziny nacierać zwitkiem waty Brunsa dość silnie skórę zajętą. Już po pierwszych nacieraniach zbladła róża, w następnym dniu było znaczne polepszenie, trzeciego dnia matka zaniedbała wcierania, nastąpiło nowe zaognienie skóry. Odtąd matka przekonawszy się naocznie o znakomitem działaniu tego środka, stósowała go systematycznie aż do zupełnego usunięcia w kilku dniach róży.

Drugi przypadek dotyczył róży twarzy. Na wsi lecząc płonicę nagminną, napotkałem w jednéj chacie kobietę z różą twarzy, sięgającą na czoło i dość mocno gorączkującą. Zapisałem jéj wyskok bezwodny do nacierania, a w 8 dni odwiedzając tę wieś, zastałem kobietę zupełnie zdrową i pracującą.

Trzeci przypadek dotyczył nauczycielki, która dostała róży twarzy. Zapisawszy jéj wyskok do nacierania, wyjechałem na 2 dni z domu i spodziewałem się, że za powrotem zastanę ją w stanie znacznie polepszonym. Tym razem nadzieja zawiodła, ale wnet się pokazało, że przyczyną niepomyślnego skutku było zbyt oszczędne i delikatne zastosowanie tego środka. Gdym potem sam dość obficie i pod miernym naciskiem zwilżył całą skórę zajętą, jak również i części sąsiednie i co 3 godziny powtarzać to kazał, nastąpiło zaraz nazajutrz znakomite polepszenie, a po 3 dniach następnych zupełne wyleczenie róży.

Czwarty raz doświadczyłem skuteczności wyskoku na sobie samym w zakaźnem zapaleniu tkanki podskórnéj (*phlegmone septica*). Mając nieznaczną zadzierkę koło paznogcia wskazującego palca prawéj ręki, na którą nie zwracałem uwagi, wykonałem sekcyję noworodka przez matkę uduszonego i mocno już zgniłego. Nazajutrz spostrzegłem zaognienie skóry koło macicy paznogcia, na trzeci dzień zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność skóry postąpiły, zajmując dwie falangi palca. Pomazywanie palca oliwą karbolową nie wywarło żadnego skutku, owszem strzykanie w palcu i mała gorączka kazały się obawiać zakażenia ogólnego, co mnie tembardziéj niepokoiło, iż kolega mój i sąsiad z pobliskiego miasta po zapaleniu zakaźnem tkanki łącznéj przez skaleczenie się przy operacyi nabytem długo cierpiał, a sprawa zapalna u niego zbezkształtnieniem i zesztywnieniem palca zakończyć się miała.

Przypomniałem sobie wtedy skuteczność wyskoku w róży i postanowiłem doświadczyć, czy nie będzie równie skutecznym w zapaleniu różycowem tkanki podskórnéj. Począłem więc kąpać palec 3 razy dziennie przez 10 minut w wyskoku bezwodnym, a nadto obwijałem palec watą napojoną tymże wyskokiem. Już nazajutrz ból w palcu był mniejszy, zaczerwienienie także mniejsze, gorączka więcéj się nie pojawiła. Z każdym dniem stan palca się polepszał, a do tygodnia mogłem się uważać za zupełnie wyleczonego. Mogę więc ten środek polecić jak najmocniéj każdemu, ktoby się przy sekcyi skaleczył.

Przypominam sobie, że Dr. Janota, lekarz górniczy, na I-szym Zjeździe lekarzy polskich w Krakowie, wtedy kiedyto postępowanie antiseptyczne jeszcze było w kolebce, miał odczyt o leczeniu ran zapomocą wyskoku i obmywanie każdéj rany wyskokiem przed założeniem opatrunku gorąco zachwalał, jakkolwiek nie wiedzieliśmy jeszcze wtedy, że *streptococcus erysipelatis* i inne bakteryje są przyczyną powikłań przyrannych, i że wyskok podobnie jak inne *antiseptica* zabójczo na bakteryje a tem samem korzystnie na rany działa.

Z przyjemnością też przeczytałem rozprawkę Dra Sztembartha, który we wrześniowym Nrze (36) „Przeglądu Lek.“ z r. 1890 zdając sprawę z leczenia tym środkiem w oddziale kiłowo-skórnym Dra Krówczyńskiego we Lwowie opowiada, iż 12 przypadków róży tym sposobem prawie do 3 dni wyleczonych zostało, z wyjątkiem jednéj położnicy, która z powodu komplikacyi 10 dni do wyzdrowienia potrzebowała.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Chełmoński (Warszawa): **Wpływ ostrych chorób gorączkowych na przebieg przewlekłéj gruźlicy płuc.**

Jeden przypadek tyczy się 38-letniéj choréj dotkniętéj przewlekłą gruźlicą płuc powikłanéj owrzodzeniami jamy ust, prawdopodobnie natury gruźliczéj. W klinice Stolnikowa nabyła pacyjentka od sąsiadki różę twarzy, która trwała 6 dni, była połączona z gorączką dochodzącą do 39° i niewątpliwie wywarła wpływ na przebieg gruźlicy. Zauważono bowiem w ciągu tych 6 dni: wzmożenie się kaszlu i ilości plwocin, ślady krwi w tychże, znikanie prątków gruźliczych, obrzęk i zaczerwienienie owrzodzeń w jamie ust. Po ustąpieniu róży objawy gruźlicze zaczęły także ustępować tak, że po 26 dniach chorą uważać można było za uleczoną. Drugi przypadek spostrzegany przez Ch. tyczy się lekarza, który w przebiegu gruźlicy płuc przewlekłéj zakaził się durem osutkowym, poczem po upływie trzech miesięcy wszelkie objawy gruźlicy zniknęły bez śladu.

Aby odpowiedzieć na pytanie, dlaczego podobne przypadki są tak bardzo rzadkie, przeglądał autor protokoły sekcyjne prosektoryjum klinicznego osób zmarłych z powodu róży, duru, zapalenia płuc, zwracając baczną uwagę na obecność zmian gruźliczych w płucach: w żadnym z tych przypadków (a było ich kilkaset) autor nie znalazł ani śladu gruźlicy. Jeżeli się zważy na rozpowszechnienie gruźlicy u nas i na tę liczbę przejrzanych protokółów, to można z tego co

najmniéj wysnuć wniosek, że chorzy dotknięci gruźlicą rzadko zakażają się chorobami ostremi infekcyjnemi. Czynnikiem wpływającym korzystnie na przebieg gruźlicy mieni autor wysoką gorączkę, która reakcyję organizmu zwiększyć jest w stanie. *(Deut. med. Wochenschr.*, 1891, Nr. 14).

Dr. Beck.

A. Grosglik: **Przyczynki do nauki o krwistości wodnicowéj** (Pam. Tow. lek. warsz., 1890, zesz III.).

Autor na całym szeregu doświadczeń wykazuje stosunek zachodzący między składnikami stałemi krwi a wodą pod wpływem infuzyi 6‰ roztworu soli kuchennéj. Doświadczenia te wykonane na psach dzieli autor na cztery działy w miarę tego, jak często badano krew po infuzyi, czy przecinano n. błędne i czy używano do doświadczeń zwierząt kuraryzowanych. Otrzymane wyniki dają się streścić w następujących wnioskach: 1) Po infuzyi zmienia się stosunek wody do części stałych na niekorzyść ostatnich. 2) Po pewnym czasie (w przeciągu 3—6 godz.) powraca stan prawidłowy, a niekiedy nawet krew ulega zgęszczeniu. 3) Na szybkość regulacyi wpływa niekorzystnie przecięcie nerwów błędnych, a jeszcze bardziéj opóźnia ją wpływ kurary. 4) Ciężar ciała wzrasta skutkiem wprowadzenia do ustroju dość znacznéj ilości roztworu soli. *Dr. Ludomił K.*

Choroby wewnętrzne.

Stepp (Norymberga): **O leczeniu duru chloroformem.**

S. podawał chloroform w dawce 1 gr. na 150 wody w 3 częściach na dzień. W przypadkach ciężkich zauważono po kilku dniach, że majaczenie i śpiączka znikały, język zwilgotniał, a stan ogólny się poprawiał. W 8—10 dniach gorączka obniżała się. Przeciętnie trwał stan gorączkowy wobec tego leczenia 8—19 dni. Chloroform działa w durze niszcząco na prątki, gdyż nierozłożony przechodzi przez ustrój. Powyższe dawki nie mogą działać szkodliwie na krew, owszem można uważać ilość 10—20 gr., jaką się przez ciąg całej choroby podaje, za dobry środek podniecający. (*Wr. med. Pr.*, 1890, Nr. 48). *Dr. Ebersohn.*

Choroby skórne.

Runcberg: **Otrucie rtęcią wskutek podskórnego wstrzykiwania kalomelu.**

Do przypadków śmierci po wstrzykiwaniach kalomelu spostrzeganych przez Smirnowa i Hermana Krausa w Krakowie dodaje R. trzeci, który dotyczył 34-letniéj kobiety z kiłą wtórorzędną; chora okazywała od kilku lat objawy złośliwéj niedokrwistości. U kobiety téj wystąpiło ciężkie wrzodziejące zapalenie jamy ustnéj i obfity ślinotok po trzech wstrzyknięciach po 0·1 kalomelu w ciągu jednego miesiąca i już po kilku dniach wśród zapadu nastąpiła śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały rozległe zapalenie błonicowe jelita grubego i niedokrwność wysokiego stopnia wszystkich narządów. R. przestrzega przed wstrzykiwaniem większych ilości nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, które są szczególnie niebezpieczne dla osób osłabionych i niedokrewnych i w ogóle uważa wstrzykiwania rtęciowe u takich osób za przeciwwskazane. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1889, zeszyt 2).

Choroby umysłowe.

Konrád: **Przypadek wyleczenia choroby umysłowéj na tle kiły.**

K. podaje dwa wskazania do podjęcia leczenia przeciwkiłowego w chorobach umysłowych: 1) obecność cielesnych objawów kiły; 2) nagłe występowanie objawów mózgowych, u ludzi, poprzednio kiłą dotkniętych. Chory K. oprócz nosa siodełkowatego i blizny na podniebieniu nie okazywał żadnych objawów kiły. Człowiek ten zachorował nagle wśród objawów złudzeń zmysłowych, bardzo silnych bólów głowy i wymiotów; w przerwach między stanami podniecenia szałowego zauważał stan przygnębienia; późniéj wystąpił napad padaczkowy, niedowład prawego nerwu twarzowego i prawéj kończyny dolnéj. Wcieraniami osiągnął K. ostatecznie wyzdrowienie. (*Viertelj. für Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

Dr. Baschkopf.

Medycyna sądowa.

Prof. Maschka (Praga): **O zabarwieniu starych kości.**

W praktyce sądowéj zdarza się, że na podstawie znalezionych starych kości ma lekarz orzec, czy one pochodzą z kośćca mężczyzny, czy kobiety, jakiego wieku mógł być zmarły, a jeżli przypadkiem kości te są uszkodzone, musi stwierdzić, czy uszkodzenie to nastąpiło przed ich pogrzebaniem, czy już po pogrzebaniu. Wiadomem jest, że kość dobrze odtłuszczona i zmacerowana posiada barwę białą, i leżąc w ziemi nieco tylko szarzeje, podczas gdy kość nie macerowana przyjmuje barwę brązową. Zabarwienie to brązowe dotyczy tylko warstw powierzchownych kości, bo głębsze warstwy okazują zawsze białe zabarwienie. Ztąd to, jeżli brzegi złamanéj kości, która do zbadania się dostanie, okazują barwę brązową, orzec można stanowczo, że złamanie to musi już być dawne, że kość już jako złamana w ziemi spoczywała; jeżli zaś brzegi złamania są białe w przeciwstawieniu do brązowéj powierzchni, wówczas złamanie to świeżem być musi i albo powstało pod uciskiem ziemi lub przez nieostrożne odkopywanie.

Znane są nadto i inne zabarwienia odkopanych kości. I tak Orfila i Lesueur, a potem prof. Toldt widzieli stare kości żywo purpurowo zabarwione. Jakości tego barwika nie odgadnięto. Prof. Toldt wykazał, że kości zwłok chowanych w miedzianych trumnach lub w ziemi w miedź obfitującéj przyjmują barwę zieloną, w któréj miedź daje się z łatwością stwierdzić. Autor wspomina o kościach barwy niebieskiéj pochodzących z zwłok odkopanych w Pradze, których barwik według rozbioru okazał się roślinnym, a możliwie, że pochodził od części ubrania podobnie zabarwionego, w które zwłoki były przyodziane.

Wreszcie możliwe byłoby zabarwienie kości krwistoczerwone od *bacillus prodigiosus*. (*Wiener Medicinische Bl.*. 1891).

Doc. Dittrich (Praga): **Przypadek otrucia sublimatem.**

Posługaczka, opiekująca się chorymi z towarzystwa czerwonego krzyża, zmarła nagle po krótkiéj chorobie cechującéj się wymiotami i gwałtowną biegunką. Oględziny zwłok wykazały w żołądku znaczne rozpulchnienie błony śluzowéj, dość liczne wynaczynionki i kilka miejsc obumarłéj tkanki, sięgających jużto przez samą błonę śluzową, jużto aż do warstwy mięsnéj. Miejsca te były pokryte szarą miazgą. Treść żołądkowa badana chemicznie zawierała skąpą ilość sublimatu. Jelito tak cienkie, jak grube oprócz nielicznych miejsc żywszego nastrzykania, zmian żadnych więcéj nie okazywało; nie znaleziono zmian w postaci owrzodzeń w osi długiéj jelita grubego umieszczonych, pokrytych miazgą szarawą, licznych wynaczynionek i rozpulchnienia, które jako cechujące zatrucie sublimatem Maschka i Hofmann opisują. W nerce obok nieznacznych nacieków drobnokomórkowych w kłębkach, znaleziono ćme zwyrodnienie.

Złogów soli wapniowych w nerce, również jako cechujące zatrucie sublimatem przez Sengera uważanych nie znaleziono, co przemawia za dzisiejszem doświadczeniem, że cecha ta Sengera nie jest stałą.

Orzeczenie wydał autor w przypadku tym téj treści, że jakkolwiek ilość sublimatu w treści żołądka i zmiany w narządach wewnętrznych nieznacznemi były, to uwzględniwszy objawy za życia, a brak zmian w jelicie przy oględzinach pośmiertnych, można wykluczyć *cholera nostras* jako przyczynę śmierci, przypuszczając na pewne jako taką ostre zatrucie sublimatem. Jeżli go małą tylko ilość w treści żołądka znaleziono, nie dziwnem się to wyda wobec częstych wymiotów i biegunki za życia. Denatka jako posługaczka przy położnicach miała sposobność zużytkowania sublimatu jako trucizny. (*Vierteljahrsschrift f. gericht. Med. u. öffentl. Sanitaetswesen*, r. 1891, tomu I. zeszyt 1).

Chirurgija.

Sonnenburg: **O chirurgicznem leczeniu *perityphlitis* zwłaszcza dwuczasowym zabiegiem.**

Przez *typhlitis* rozumie się zapalenie jelita ślepego i wyrostka robaczkowego; tego ostatniego zapalenie nazwano

w ostatnich czasach *appendicitis*. Jeżli zapalenie to zajmie otrzewnę sąsiednią, mówimy o *perityphlitis* podczas gdy *paratyphlitis* oznacza sprawę zapalną, toczącą się w tkance łącznéj za jelitem ślepem i otrzewną położonéj. Wypocina wobec *perityphlitis* może być surowiczo-włóknikową i taka przy leczeniu wewnętrznem może uledz wessaniu. Przyczyną takiego zapalenia surowiczo włóknikowego bywa zastój kałowy; zwykle wtedy wyrostek robaczkowy bywa wolnym od zapalenia. Najczęstszą przyczyną przebicia i zapalenia wyrostka robaczkowego są kamienie kałowe, które uciskiem na ściany jego wywartym sprowadzają zgorzel i przebicie ściany. Wypocina ropna, powstająca przy takiem zapaleniu, nie może uledz zupełnemu wessaniu, lecz co najwięcéj zagęszczeniu. Ropnie w ten sposób powstałe leżą albo na wewnątrz lub na zewnątrz otrzewny; w pierwszym razie, jakkolwiek zrostami są oddzielone od reszty otrzewny, mogą łatwo przez rozerwanie się tychże przy nieostrożnym ruchu chorego ogólne śmiertelne zapalenie otrzewny wywołać.

Zapalenia z wypociną surowiczo-włóknikową tworzą zwykle rozległy naciek bardzo zbity i oporny, powstający zwolna bez groźnych objawów. Zapalenia cechujące się małym naciekiem powyżéj więzu Pouparta położonym, mniéj lub więcéj położeniu wyrostka robaczkowego odpowiadającym, które gwałtowne i groźne objawy wywołują, biorą początek zwykle z przebitego wyrostka i są ropne. Nie zawsze jednak umiejscowienie nacieku odpowiada prawidłowemu położeniu wyrostka, mianowicie w przypadkach, gdzie on inaczéj jest ułożonym. Stąd to rozpoznanie może w tych przypadkach nastręczyć znaczne trudności.

Leczenie zapaleń ropnych musi być chirurgiczne i nie należy wyczekiwać samowyleczenia się n. p. przez przebicie ropnia do którejkolwiek z okolicznych pętli jelitowych. Przebicie bowiem najkorzystniejsze, a więc do pętli jelita, przedłuża ropienie, bo otwór powstały jest zwykle za małym, aby cała ilość ropy wypłynąć mogła. Ropa skutkiem tego zatrzymuje się, a ponieważ przez otwór jelita z kałem się miesza, ulega posokowatemu rozkładowi.

Leczenie winno być szybkiem, należy wykonać cięcie sięgające aż do nacieku, jeżli zaś ten już zropiał, należy ropę wypuścić; dalsze leczenie jak zwykłego ropnia. W przypadkach, w których szybko wzmagająca się bębnica i głębokie położenie nacieku dokładnemu rozpoznaniu zaporę stawiają, wskazanem jest zużytkowanie zabiegu dwuczasowego. Cięcie należy łukowato przeprowadzić, zaczynając je na wysokości grzebienia kości biodrowéj, kończąc w połowie nad więzem Pouparta, a więc cięciem podobnem, jakiego się używa do podwiązania *art. iliaca comm.* Cięcie to zwalnia powłoki i wówczas bardzo swobodnie granice nacieku wybadać się dają.

Cięcie to sięgać powinno aż do otrzewny nie naruszając takowéj. Teraz wykonana punkcyja może pouczyć, czy zropienie już nastąpiło, w którym to razie nacięcie otrzewny lub lepiéj otwarcie jéj termokauterem ropie odpływ wytwarza. Jeżli przy punkcyi tylko krwawy płyn się okaże, należy na otrzewną nałożyć pokład gazy jodoformowéj, utrudniający zrośnięcie się otrzewny z raną brzuszną. Następnie dnia drugiego należy punkcyję powtórną wykonać i tak daléj w następnych dniach postępować, aż punkcyja wykaże ropę, wówczas otwiera się otrzewnę celem wypuszczenia téjże. Dwuczasowe postępowanie ma tę wielką zaletę, że naciek szybko się rozwija ku miejscu, gdzie cięciem stworzono miejsce mniejszéj oporności i że ropień tworzący się ulega otorbieniu. Wyniki S. w przypadkach w ten sposób leczonych były bardzo dobre. To też zaleca bardzo wykonywać dwuczasowy ten zabieg, ale jak najwcześniéj, inaczéj chory albo z powodu zapalenia otrzewny ropnego lub z powodu ogólnego zakażenia posokowatego lub ropnego umrzeć musi. (*Sammlung klin. Vortr. Volkm.*, Nr. 13, r. 1891).

Dr. Wachholz.

Dentystyka.

Doc. Dr. Z n a m i e ń s k i (Moskwa): **Implantacyja sztucznych zębów.** (Odczyt wygłoszony na IV. Zjeździe lekarzy w Moskwie w styczniu r. 1891).

Na podstawie mechanicznego wzrastania w organizmie żywym aseptycznych ciał obcych n. p. kawałków kości słoniowéj (Billroth), rdzenia bzowego itd. za pomocą tkanki ziarnistéj, z otaczających części miękkich się rozwijającéj, również na podstawie wzrastania w zębodole zębów, które jakiś czas znajdowały się poza ustrojem żywym lub martwym (zęby trupie) (Fredel, Scheff jun.), a ostatecznie na podstawie doświadczeń Youngera, który w sztucznie utworzonym zębodole sprowadza wzrastanie zębów trupich, rozpoczął Z. doświadczenia z implantowaniem sztucznych zębów z porcelany, szkła, gutaperki itd., które mają przed naturalnemi to pierwszeństwo, iż najpierw korzeń ich nie ulega resorbcyi i gniciu, a powtóre wykluczone jest zaszczepienie chorób zakaźnych n. p. kiły, gruźlicy itd. Korzeń taki przygotowuje Z. w ten sposób, iż naśladując lakuny Howshipa, powstające w zębie naturalnym pod wpływem tkanki ziarninowéj, robi w nim wcięcia, albo też wierci dwa kanały, z których jeden idzie od powierzchni wargowéj do językowéj, drugi od jednéj do drugiéj powierzchni bocznéj. Tak owe wcięcia, jak i kanały przeznaczone są dla wytworzyć się mającéj tkanki granulacyjnéj, która niekiedy ulega kostnieniu i w ten sposób silnie utrzymuje korzeń w swojem miejscu.

Dotychczas robił Z. doświadczenia z 5 zębami sztucznemi na 3 psach i przekonał się, iż wszystkie w przeciągu około 14 dni silnie się w szczęce osadziły, ale nie wykonał jeszcze badań makro i mikroskopowych, o ile przypuszczenia jego co do tkanki granulacyjnéj się potwierdziły.

Z doświadczeń na ludziach ma Z. tylko jeden przypadek z pomyślnym przebiegiem do wykazania, a mianowicie w miejsce zęba siecznego, który przed $1^1/_2$ miesiącem został wyrwany, a którego zębodół od tego czasu zupełnie się zarósł, implantował Z. ząb porcelanowy z wcięciami na korzeniu, po wywierceniu poprzednio w szczęce sztucznego zębodołu. W ciągu pięciotygodniowéj obserwacyi nie było ani reakcyi zapalnéj ani też bólu, a ruchomość zęba coraz bardziéj się zmniejszała. O dalszych jego losach dotychczas nic nie wiemy, nie jest jednak ze stanowiska teoretycznego wykluczoną możność pomyślnego rezultatu, coby w protezie dentystycznéj znakomity przewrót musiało sprowadzić. (*Deut. Monatschr. f. Zahnheilk.*, r. 1891, zeszyt III.).

Dr. Szymkiewicz.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

H a l l o p e a u podaje wynik stosowania limfy Kocha w dwóch przypadkach, który każdego musi odstraszyć od dalszego używania. Jeden przypadek tyczy się chorego, u którego w następstwie wstrzykiwań miał się wytworzyć duży ropień na udzie, poczem wystąpiła gruźlica prosówkowa, która pociągnęła za sobą śmierć. Drugi przypadek tyczy się chorego cierpiącego *lepra tuberosa*, którego stan jednak przed wstrzykiwaniami był zadowalający. W czasie reakcyi wystąpiły objawy zadraźnienia obu óczu, jakoto: silne nastrzykanie spojówek, bóle, światłowstręt i łzawienie. Obecnie wytworzyły się po prawéj stronie gruzełki prosówkowe w rogówce, przyczypiny, znaczne upośledzenie wzroku. Ponieważ chory dawniéj cierpiał *iritis leprosa*, przeto H. przypuszcza, że świeże zapalenie powstało wskutek uruchomienia prątków trądowych pod wpływem injekcyj. (*Sem. med.*, Nr. 13).

Prof. S t i l l e r demonstrował na posiedzeniu Tow. lek. w Budapeszcie preparat mózgu człowieka, u którego stosowano limfę Kocha. 29-letni, dobrze odżywiony mężczyzna dotknięty gruźlicą płuc w początkowym okresie dostał od 27 stycznia do 4 lutego 5 injekcyj od 0·001 stopniowo do 0·005, przyczem ani razu nie gorączkował. Wkrótce jednak rozwinęły się objawy *meningitis tuberculosa basilaris*, która dnia 25 lutego zakończyła się śmiercią. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie, a przypuszczenie samo się nasuwa, że pod wpływem leczenia wstrzykiwaniami wystąpiły przerzuty na oponach.

A c z é l spostrzegł również na zwłokach zmarłego w czasie leczenia środkiem Kocha, stosowanego z powodu gruźlicy

narządu moczopłciowego, *meningitis tuberculosa.* (*Wien. med. Presse*, Nr. 12).

L a n d g r a f opisuje wpływ środka Kocha na guz jagodówki oka natury gruźliczéj. W przypadku tym nastąpiło przy braku ogólnéj reakcyi powolne zmniejszenie guza prawdopodobnie wskutek rozpadu serowatego tak, że przednia komora, która poprzednio do poło y była przezeń zajętą, stała się prawie zupełnie wolną Bezpośrednio po tem napięcie oka znacznie się zmniejszyło, wzrok bardzo podupadł, jednakże w 4 tygodnie po ostatniéj injekcyi ucisk śródoczny był już prawie normalny, a bystrość wzroku znacznie lepsza. Podczas injekcyj wystąpiły były na tęczówce dwa nowe guzki przedtem niewidoczne, które jednak wkrótce znikły. Że w innych miejscach nie wystąpiły gruzełki prosówkowe, przypisuje L. téj okoliczności, że w tworach gruźliczych oka ilość prątków bywa zazwyczaj skąpą. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 11).

B u r c k h a r d t stosował środek Kocha u 7 chorych, 3 z gruźlicą narządu płciowego, 4 z gruźlicą tegoż narządu z zajęciem pęcherza i nerek. U 3 pierwszych nawet po dawce 0·03 nie było reakcyi, w 4 ostatnich reakcyja miejscowa polegała na polyuryi i zwiększeniu ilości prątków w moczu; często pojawiała się hematuryja. We krwi prątków gruźliczych nie można było wykazać. Poprawy stanu zdrowia autor nie zauważył, owszem w wszystkich przypadkach nastąpił ubytek ciężaru ciała. (*Corresp. Blatt für Schweiz. Aerzte*, Nr. 7).

E g g e r podaje wiadomość o dwóch przypadkach p o c z ą t k o w é j g r u ź l i c y płuc, u których po dłuższem trwaniu leczenia metodą Kocha pojawiła się g r u ź l i c a k r t a n i. Powstanie tego powikłania zdaniem autora można przypisać: albo rozszerzeniu się sprawy gruźliczéj, albo wystąpieniu na jaw ognisk poprzednio ukrytych, albo wreszcie przypadkowemu pojawieniu się gruźlicy krtani. E. zaprzestał natychmiast wstrzykiwań i stosuje leczenie miejscowe kwasem mlekowym. (*Tamże*).

G o l d s c h m i d t opierając się na własnych pomyślnych spostrzeżeniach na pytanie, czy leczenie metodą Kocha można przeprowadzić i w praktyce prywatnéj, odpowiada twierdząco. G. stara się jak i inni przez stosowanie bardzo małych dawek otrzymywać reakcyję bez gorączki. Jeżeli lekarz zwróci uwagę chorego na wszelkie zajścia, które wystąpić mogą, to wystarcza jedna wizyta lekarska dziennie. (*Münch. med. Woch.*, Nr. 12).

W e b e r stosował środek Kocha w przypadku choroby Addisona, musiał jednakże prędko wstrzykiwań zaprzestać z powodu znacznego pogorszenia, które po trzeciéj injekcyi 0·005 wystąpiło. Przy sekcyi znaleziono wprawdzie w tym przypadku rozległe zmiany gruźlicze lewego nadnercza i częściowo nerki, jednakże nie było ostrych objawów gruźliczych w narządach, które możnaby przypisać wpływowi środka Kocha. W. wysnuwa z tego przypadku wniosek o przeciwwskazaniu do stosowania limfy Kocha w chorobie Addisona, raz dlatego, że wpływ środka tego na stare ogniska gruźlicze w nadnerczu jest ujemny, a powtóre nie należy podawać bardzo podupadłemu wskutek tego cierpienia osobnikowi istoty gorączkę wywołującéj, mogącéj w pewnych okolicznościach sprowadzić szybkie charłactwo. (*Wien. klin. Woch.*, Nr. 14).

C a s p e r s o h n opisuje przypadek gruźlicy gruczołów i kręgów szyjnych, w którym podczas stosowania środka Kocha rozwinęło się g r u ź l i c z e z a p a l e n i e o p o n m ó z g o w y c h. Pomimo punkcyi komory bocznéj nastąpił *exitus letalis* w 15 dni po ostatniéj injekcyi 0·005 g. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 12). (Ciąg dalszy nastąpi). *Dr. Beck.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 4 marca 1891.

Przewodniczący: kol. G l u z i ń s k i. — Obecnych członków 32.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje list koł. M a r s a z podziękowaniem za wyrządzoną mu owacyją.

2) Przedstawiono człowieka rodem z Saksonii z *hypertrophia musculor. congen.* przeważnie mięśni klatki piersiowéj i kończyn górnych.

3) Kol. I d z i ń s k i przedstawia chorego z klin. chirurg., u którego przy operacyi raka prącia wycięto 2 ctm. żyły i tętnicy udowéj z powodu zrostu tychże z gruczołami rakowato zwyrodniałemi (rzecz ta ogłoszoną będzie w „Przeglądzie Lekarskim"). W dyskusyi zabierali głos koll. K o r c z y ń s k i, G a b r y s z e w s k i i Prelegent.

4) Kol. K o r c z y ń s k i wnosi, aby Towarzystwo lek. wyraziło życzenie, aby redakcyja „Przeglądu Lekarskiego" jak najwięcéj referatów z prac polskich zamieszczała w „Przeglądzie". Po dłuższéj dyskusyi Tow. lek. uchwaliło na wniosek kol. K w a ś n i c k i e g o: Towarzystwo lek. odsyła wniosek do Komisyi redakcyjnéj do możliwego uwzględnienia.

5) Kol. P i e n i ą ż e k zdaje sprawę z przypadków gruźlicy krtani leczonych metodą Kocha. Przypadków takich miał 5 i u wszystkich wcześniéj lub późniéj występowało pogorszenie. Jakkolwiek na mocy tego małego materyjału nie może stanowczo już orzekać, sądzi jednak, że w posuniętych postaciach gruźlicy krtani metoda ta nie jest wskazaną i daje ujemne rezultaty, w początkowych zaś okresach również nie świetne, a chirurgiczne zabiegi były zawsze lepsze, jak się sam przekonał u kilku chorych, którym poprzednio kochinę zastrzykiwał. Co do wilka krtani i gardła, to rezultat miejscowy był lepszy, ale u choréj natomiast zmiany w płucach się powiększyły.

6) Kol. G l u z i ń s k i przedstawia rezultaty swoich doświadczeń na 5 chorych w rozmaitych okresach suchot płucnych, ale z wyjątkiem jednego chorego, u którego chwilowo nastąpiła poprawa, u wszystkich rezultat szczepienia był ujemny. W dyskusyi zabierali głos kol. P o n i k ł o i K o r c z y ń s k i.

7) Kol. P i e n i ą ż e k opisuje przypadek, dotyczący chorego, u którego przez nieostrożność dostała się kaniula do lewego oskrzela i z niemałemi trudnościami została przez kol. Pieniążka wyjętą. Pomimo, że kaniula prawie doszczętnie zamykała światło lewego oskrzela, objawów przysłuchowych żadnych nie było. Przypadek ten będzie szczegółowo opisany.

Za sekretarza: *Dr. Józef Surzycki.*

Posiedzenie z dn. 18 marca 1891.

Przewodniczący: kol. G ł u z i ń s k i. — Obecnych członków 30.

1) Kol. Przewodniczący wzywa zebranych do uczczenia pamięci świeżo zmarłego kol. H e m p l a i powiadamia, że w imieniu Tow. złożył wieniec na jego grobie.

2) Kol. Przewodniczący przedstawia wniosek Komisyi przemysłowéj: a) Komisyja składać się będzie z 10 członków czynnych zamiast 7, a to dlatego, że czynności Komisyi balneologicznéj, która została zwinięta, przydzielono Komisyi przemysłowéj: b) Tow. lek. powoła do Komisyi przemysłowéj koll.: K o p f f a, Ś c i b o r o w s k i e g o i S k ó r c z e w s k i e g o jako zawodowych balneologów. Wnioski te przyjęto.

3) Kolega R y d y g i e r przedstawia chorego, u którego wyjął nerkę lewą z powodu rakowatego zwyrodnienia i opisuje w krótkości przebieg operacyi, daléj pokazuje preparat wyłuszczonéj nerki prawéj, u drugiego chorego z powodu pyonephrozy. (Przypadki te będą ogłoszone w „Przeglądzie Lekarskim"). W dyskusyi zabierali głos koledzy G l u z i ń s k i, M o m i d ł o w s k i Stanisław i prelegent.

4) Kol. O p i e ń s k i wygłosił odczyt: „O przyczynach wywołujących zmianę w konsystencyi moczu (odczyt ten będzie ogłoszony w „Przegl. Lek."). W dyskusyi zabierali głos: koll. C y b u l s k i, K r y ń s k i, P o n i k ł o, P o d g ó r s k i, B e c k i prelegent. Za sekretarza: *Dr. Ludomił Korczyński.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie z d. 9-go marca 1891.

Przewodniczący: Prof. Dr. K o r c z y ń s k i. — Obecnych członków 10.

1) Wobec tego, że komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. została zwiniętą w grudniu 1889, a czynności jéj przydzielono komisyi przemysł. lek., uchwalono odnieść się do Tow. lek. krak. z wnioskiem, ażeby takowe zmieniło regulamin komisyi z dn. 7

kwietnia 1886 r. i orzekło, że Komisyja składać się ma z 10 członków zwyczajnych Tow. lek., a powołało do Komisyi Drów Kopfa, Ściborowskiego i Skórczewskiego jako zawodowych balneologów. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 18 marca 1891 r.).

2) Ustanowiono stałą podkomisyję balneologiczną, która składać się będzie z Prof. Olszewskiego i Drów Kopffa, Ściborowskiego i Skórczewskiego, a wnioski swe przedkładać będzie komisyi przem. lek. i uchwalono także postarać się o uzupełnienie akt komisyi balneologicznych, które istniały poprzednio w Tow. nauk. krak. Akadem. Umiej. i Tow. lek. krak.

3) Udzielono Prof. Dr. Gluzińskiemu absolutoryjum z administracyi funduszów komisyi przem. i przyjęto do wiadomości, że stan kasy wynosi obecnie 24 złr. 8 cnt.

4) Uchwalono uprosić redakcyje pism lekarskich polskich o bezpłatne ogłaszanie przetworów dyjetetycznych, higijenicznych i lekarskich polecanych przez Tow. lek. krak.

5) Przewodniczący przedkłada świadectwa o stanie zdrowia obory i służby stajennéj mleczarń w Gnojniku, Grodkowicach i Śledziejowicach.

6) W sprawie wystawy przetworów poleconych przez Tow. lek. krak. podczas VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie uchwalono czekać aż do stanowczéj decyzyi komitetu przygotowawczego.

7) Uproszono Prof. Dra Bandrowskiego, aby na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj zabrał głos imieniem komisyi przemysł. lek. w sprawie fabrykacyi wody sodowéj w tym kierunku, że używanie jak najlepszych filtrów nie uczyni wody sodowéj wyrabianéj z wody studziennéj krakowskiéj napojem higijenicznym.

8) Uchwalono ogłosić w dziennikach lekarskich polskich spis lekarzy praktykujących w zdrojowiskach krajowych i spis lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach zagranicznych.

9) Pigułki ocukrzone zawierające w sobie po 0·05 gwajakolu wyrobu apt. P. Bełdowskiego w Krakowie uznano jako przetwór, odpowiadający wszelkim wymogom techniki farmaceutycznéj i uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia, a to tem bardziéj, że cena ich jest bardzo umiarkowana (100 pig. w oryginalnem opakowaniu kosztuje 1 złr.).

Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. J. Polak. W artykule „O stanie sanitarnym m. Warszawy w r. 1880“ podaje szereg ciekawych szczegółów, dotyczących warunków higijenicznych miasta, jak n. p. wodociągów, kanalizacyi, pracowni miejskiéj rozbiorowéj, fabryk i kąpieli publicznych.

I tak do końca r. 1889 sieć rur głównych wodociągowych wynosiła 19½, mniejszych rur 67½ wiorsty długości, a przeciętnie na dobę dostarczały wodociągi milijonu wiader. Ciekawym jednak jest fakt, charakteryzujący nasze stosunki, że z liczby **3500** właścicieli domów położonych przy rurach, tylko **160** zaprowadziło wodociągi u siebie.

W sprawie kanalizacyi i organizacyi wydano kilka ważnych rozporządzeń, n. p. czyszczenie wychodków 2 razy na miesiąc; oświetlanie ustępów podwórzowych, przewietrzanie i t. p. Urządzenie pracowni miejskiéj rozbiorowéj, a tem samem ściślejszy nadzór nad artykułami spożywczemi wpłynęły znacznie na przestrzeganie zasad czystości ze strony kramarzy. Jedynie rzezalnie pozostawiają wiele do życzenia i znajdują się w opłakanym stanie, a to z powodu braku centralnéj rzeźni i ześrodkowanego w niéj nadzoru nad mięsem.

Stan fabryk (ilość 300) zdaniem autora również nie jest świetny pod względem wymagań higijeny. Nie posiadają one oddzielnych pokoi jadalnych, oddzielnych szatni i kąpieli dla robotników. Robotnicy pracują 12 godzin dziennie, a śmiertelność wynosiła 40·3 na tysiąc. W podobnym stanie znajdują się i zakłady kąpielowe.

Polepszenie jednak widoczne jest w chederach, jakoteż w prostytucyi. Ogółem oględzin prostytutek było 79,025, przyczem przypadków choroby wykryto 1564. (*Zdrowie*, Nr. 63).

J. L.

VII. Wiadomości bieżące.

Walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galic. odbędzie się we **środę dnia 6 maja b. r.** o godzinie 12 w południe w lokalu Towarzystwa we Lwowie przy ulicy blacharskiéj L. 18, II piętro.

Towarzystwo lekarzy galic.

* **Kraków** dnia 16 kwietnia. W mowie od tronu, którą N. Pan odczytał przy otwarciu posiedzeń Rady Państwa ważnym jest dla lekarzy ustęp, uznający potrzebę zmian przepisów, dotyczących studyjum lekarskiego, co wskazuje, że Ministerstwo Oświecenia, które już czyniło przygotowania do zreformowania przepisów w mowie będących, a które z biegiem czasu okazały się niedostatecznemi, reformą żywo się zajmuje. Dla nas w szczególności ważniejszym jeszcze jest ustęp dalszy mowy Cesarskiéj, odnoszący się do powstać mającego Wydziału lek. we Lwowie. Ustęp ten opiewa dosłownie: „Uniwersytet lwowski „przez utworzenie Wydziału lekarskiego po„winien doznać odpowiedniego przekształce„nia. Rząd Mój postara się z możliwą szyb„kością ukończyć potrzebne w tym celu ro„kowania“. Uroczysta ta zapowiedź nie pozwala już wątpić, iż w niedalekiéj przyszłości otrzymamy drugi Wydział lekarski w kraju naszym.

* Od komitetu VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymaliśmy pismo następujące:

Komitet VI. Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich, mającego odbyć się w Krakowie w dniach 16—21 lipca 1891 r., powziął myśl utworzenia specyjalnéj sekcyi psychologicznéj, któréj program jest następujący:

I. Psychologija teoretyczna:

a) referaty z psychofizyjologii;
b) „ „ psychofizyki;
c) „ „ psychologii porównawczéj;
d) „ „ etnopsychologii (*Völkerpsychologie*);
e) „ „ psychopatologii (ze stanowiska teoretycznego).

II. Psychologija stosowana:

a) referaty z zakresu zastosowań psychologii do celów pedagogicznych;
b) referaty o stanie psychologii w szkołach i używanych podręcznikach.

III. Kwestyja dotychczasowego u nas stanu i rozwoju psychologii. *Prof. N. Cybulski.*

Tematy do sekcyi psychologicznéj upraszam przesyłać pod moim adresem: **Kraków, Szczepańska II.**

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

W odpowiedzi na pismo umieszczone w ostatnim numerze „Przeglądu Lekarskiego“ mam zaszczyt oświadczyć, że za prace, które są wyłącznie moją własnością, z największem zadowoleniem sam na siebie zawsze biorę całą odpowiedzialność i nigdym nie pragnął dzielić się z kim innym tą odpowiedzialnością. Jeżeli zaś nazwiska pp. profesorów Dra Korczyńskiego i Dra Obalińskiego, jakoteż ich asystentów i kandydata medycyny p. Müllera, zostały w moim piśmie wymienione, to jedynie w tym celu, ażeby wyrazić tym panom słuszne podziękowanie za oddaną mi przysługę. *Prof. Dr. Adamkiewicz.*

* W skutek wyjazdu za granicę na czas dłuższy lekarza powiatowego docenta Dra Ponikły, Namiestnictwo poleciło zastępstwo Drowi Schaitterowi, lekarzowi miejskiemu i b. asystentowi przy katedrze medycyny sądowéj.

* W tygodniu 13-tym (29 marca do 4 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 2, urodzin 71, skonów 54 (37·68), z tych z zapalenia płuc 12, z gruźlicy 8, z dławca i błonicy 5, z nieżytu żołądka i jelit 3, z krztuśca i duru brzusznego po 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Kierownictwo tymczasowe kliniką osieroconą wskutek śmierci prof. Brauna star-

szego powierzono synowi, docentowi położnictwa w Uniw. wiedeńskim. — **Insbruck**. Niebawem ma tu stanąć klinika psychijatryczna, a kierownikiem jéj ma zostać docent wiedeński Dr. A n t o n, asystent prof. Meynerta. — **Praga**. Prof. okulistyki S c h n a b e l w Grazu mianowany profesorem w Uniw. niemieckim. — Dr. Bohusław H e l l i c h habilitował się jako docent psychijatryi w Uniw. czeskim. — **Budapeszt**. Lekarz pułkowy Dr. Karol H o o r habilitował się jako docent okulistyki. — **Giessen**. Prof. nadzw. w Würzburgu Dr. B o n n e t mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii w Giessen.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora wszech nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Jan P a p é e, rodem ze Lwowa.

* **Nekrologija**. W Warszawie zmarł prof. Henryk Ł u c z k i e w i c z. Urodzony dnia 5 lipca 1826 r. w Perespie w Galicyi, odbył studyja gimnazyjalne i filozofiję we Lwowie, na medycynę uczęszczał we Wiedniu, Pradze i Krakowie, a w Uniw. Jagiell. otrzymawszy w r. 1852 dyplom Dra med., a w r. 1855 Dra chirurgii, był przez 4 lata asystentem w klinice lek. prof. Dietla, późniéj przeniósłszy się do Królestwa pełnił obowiązki lekarza w Willamowie i Chełmie, a w r. 1860 został prymaryjuszem w szpitalu ewangielickim w Warszawie, w r. 1862 zaś adjunktem profesora, następnie profesorem nadzw. i wreszcie zwyczajnym w Warszawie, wykładając w téjże historyję medycyny, encyklopedyję lekarską i patologiję ogólną. Był również przez jakiś czas redaktorem „Pamiętnika Tow. lek. warsz.“ i „Gazety Lekarskiéj“. Sam pisał wiele: prócz tłumaczeń aforyzmów Hippokratesa, higijeny Oesterlena, patologii Uhlego i Wagnera i części patologii i terapii Ziemssena i licznych artykułów popularnolekarskich, napisał w r. 1869 rzecz o chorobach układu nerwowego, a w r. 1874 o chorobach narządu krążenia krwi; w języku niemieckim ogłosił w „W. med. Woch.“ 2 rozprawy kliniczne. Nie znaliśmy nieboszczyka osobiście, ale koledzy warszawscy chwalą jego zalety towarzyskie, zacność charakteru i życie wylane dla dobra kraju i wszystkiego, co zacne i szlachetne (p. Nekrolog Dra Fritschego w „Medycynie“, Nr. 15). O ostatniéj jego pracy, o kierownictwie wydaniem tłumaczenia higijeny wspomnieliśmy niedawno. Zacnemu mężowi i niestrudzonemu pracownikowi niechaj ziemia będzie lekką. — W Tarnowie zmarł w 56 roku życia Dr. Leon B r o m b e r g, wychowaniec uniwersytetu jagiell. Zmarły był c. k. lekarzem pułkowym, prymaryjuszem szpitala izraelickiego, członkiem Rady szkolnéj miejscowéj. — Profesor chemii lekarskiéj w uniwersyt. niemieckim w Pradze Dr. M a l y umarł.

* Zamiast złożenia wieńca na trumnie ś. p. kol. Hempla prymaryjusza i sekundaryjusza szpitala ś-go Łazarza w Krakowie zebraną kwotę 63 złr. ofiarowali na rzecz funduszu założonego dla wdów i sierót po lekarzach. Kwotę tę przesłaliśmy p. Protomedykowi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gaz. Lek.* Nr. 11: M. N e n c k i e g o: Kwasy mleczne izomeryczne jako środek rozpoznawczy poszczególnych grzybków rozszczepkowych (schyzomycety); B r u n n e r a: O działaniu oreksyny; J a n o w s k i e g o: O zmianach anatomicznych w pęcherzyku żółciowym (dok.); H o y e r: Kilka słów w interesie „Wszechświata“ (dok.). — W *Med.* Nr. 10: D o b r z y c k i e g o: Sławuta zakład kumysowy. — W *Gaz. Lek.* Nr. 14: S c h e i l e r a: Chlorek etylu w znieczuleniach miejscowych; W i z l a: Z dziedziny histeryi (c. d.); C h e ł c h o w s k i e g o: O leczeniu gruźlicy płynem Kocha (c. d.). — W *Med.* Nr. 14: M a j k o w s k i e g o: Sprawozdanie lek. o chorych, leczonych w Busku w r. 1890 (c. d.). — W Nrze 15: M a j k o w s k i e g o: Sprawozdanie o chorych leczonych w Busku w roku 1890 (dok.). — W *Gaz. Lek.* Nr. 15: G r a b o w s k i e g o: Kwas karbolowy w leczeniu czarnéj krosty; M i n t z a: Przypadek Gastrit. flegmon. diff. w przebiegu raka żołądka.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne we Środę dnia 22 kwietnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w sali wykładowéj prof. Łazarskiego (ul. św. Anny, *Collegium physicum*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. B r o w i c z: Demonstracyja ciekawszych preparatów anatomo-patologicznych; 2) kol. W o j t a s z e k: a) O nowym środku antiseptycznym (sulfaminolu); b) czy sole żelaza mogą działać trująco na organizm zwierzęcy? 3) **Posiedzenie poufne**.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 242. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady II. asystenta przy klinice chirurgicznéj z remuneracyją 600 złr. w. a. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydz. lekarskiego w godzinie urzędowéj najpóźniéj do 23 b. m.

Kraków dnia 11 Kwietnia 1891.

Rydel
t. c. Dziekan.

L. 242 **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs celem nadania na rok jeden posady elewa rządowego przy klinice chirurgicznéj z remuneracyją 300 złr. w. a. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego w godzinie urzędowéj najpóźniéj do 23 b. m.

Kraków dnia 11 Kwietnia 1891.

Rydel
t. c. Dziekan.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra CHRAMCA

W ZAKOPANEM

otwarty zostaje

z dniem 1-go marca b. r.

Prospekty wysyła na żądanie administrator Jaroszyński

i udziela objaśnień

Dr. CHRAMIEC

właściciel i kierownik zakładu.

22—26—12

Poważne upomnienie

dla wszystkich, którzy jeszcze nie posiadają policy czy to dla zaciągnięcia pożyczki, lub jako spuścizny dla rodziny (gdyż polica stoi na równi z gotówką). Polica nadaje się szczególnie dla właścicieli obdłużonych realności, gdyż ewent. po nagłem zejściu spadkobiercy przez wypłacenie zabezpieczonego kapitału otrzymują realność nie obciążoną; ważną jest dla nowożeńców dla pewnego zabezpieczenia rodziny; wreszcie można jéj użyć jako kaucyi lub depozytu i jako wzajemnego ubezpieczenia przy spółkach. Polica ubezp. życia jest w każdym wypadku najpewniejszem, najlepszem i najoszczędniejszem umieszczeniem, a zatem ma pierwszeństwo przed kasami oszczędności.

Jak i w jaki sposób można taką policę najlepiéj i najdogodniéj otrzymać, udziela ustnie i listownie najpewniejszych wiadomości bezpłatnie i dyskretnie „Assecuranz-Ober-Inspector KLEIN“ Wien II. Ob. Donaustr. 59. — Ustnie od 3—5 popoł. — Udziela także bezpłatnych wyjaśnień w wszelkich sprawach hipotecznych i kredytowych. 8-25-23

Zuckmantel, Szląsk austr.

UZDROWISKO i ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Zakład dla fizykalnych metod leczenia: hydro- i mechanoterapija, gimnastyka szwedzka, masaż. Elekterapija: galwanizacyja, faradyzacyja, franklinizacyja. Kąpiel elektryczna. Pneumatoterapija. Kuracyja dyjetetyczna i terenowa. Wspaniałe powietrze górskie i leśne.

Ceny umiarkowane. — Prospekty rozsyła się darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący: 31—20—5

Dr. Ludwik Schweinburg,

długoletni I. asystent prof. Winternitza w Wien-Kaltenleutgeben.

NAJSKUTECZNIEJSZA PRZECZYSZCZAJĄCA WODA GORZKA

FRANCISZKA JÓZEFA

Analizowana przez Ballego i Bernatha w Budapeszcie, Boutmego i Akademię medyczną w Paryżu, Attfielda w Londynie, Fehlinga w Stuttgardzie, Bazzonego w Medyolanie; Puttemannsego w Bruxelli; wypróbowana i ze szczególnym skutkiem używana przez najznakomitszych lekarzy, jak: Bamberga, Brauna, Breiskiego, Gerhardta, Hirsza, Immermanna, Kussmaula, Landenbergera, Laidesdorfa, Leubego, Meynerta, Nussbauma, Scanzoniego, Winkela i t. d., poleca się jako najskuteczniejsza z wód gorzkich naturalnych.

Najlepsza z wód czyszczących naturalnych, uważana jako najskuteczniejsza i wyższa od wszystkich wód gorzkich znanych dotychczas, od wszystkich akademii lekarskich polecana jako mająca siłę czyszczenia energicznego i łagodnego do używania na czas dłuższy bez narażenia zdrowia nie drażniąc żołądka.

Orzeczenie lekarskie o Wodzie gorzkiej Franciszka Józefa.

Dra Józ. Rose w Warszawie:

„Wodę ze źródła Franciszka Józefa przepisuję często, jako środek zlekka a niezawodnie działający.“

Dra Władysława Kryże w Warszawie:

„Wody gorzkiej ze źródła Franciszka Józefa, jako środka czyszczącego, używam szczególniej przy potrzebie użycia jej przez czas dłuższy.“

Radca zdr. Dr. Kaczorowski w Poznaniu:

Dyrektor domu chorych pisze: „woda ta gorzka okazuje się w stosunkowo małych dozach jako pewny i bez bolu działający środek i może bez szczególnego dyetycznego zachowania się być trwale używana z równie dobrym skutkiem.“

Dr. Głowacki we Lwowie:

Dyrektor szpitala: „Według otrzymanych rezultatów na oddziałach szpitala powszechnego, stwierdzam, że woda gorzka „Franciszka Józefa“ zasługuje na szczególne uwzględnienie, jako pewny i łagodnie działający środek przeczyszczający.“

Profesor Dr. Madurowicz w Krakowie:

W cierpieniach połogowych i ginekologicznych woda gorzka „Franciszka Józefa“ sprawia w małych nawet dawkach niezawodny, szybki i niebolesnie działający skutek.

Dr. Stella Sawicki we Lwowie, inspektor szpitali krajowych:

„Po bardzo sumiennem badaniu różnych rozwalniających wód mineralnych, stwierdzam, iż woda gorzka „Franciszka Józefa“ ze względu, że w małych nawet ilościach skutecznie, prędko i niebolesnie działa, do najlepszych wód mineralnych gorzkich należy.

Dr. Sciborowski w Krakowie prezes Towarzystwa lekarskiego:

Wodę gorzką „Franciszka Józefa“ używałem z wybornym skutkiem, w tych przypadkach chorób, w których wody gorzkie są wskazane.

Dr. Warschauer w Krakowie, członek Akademii Umiejętności:

Woda gorzka „Franciszka Józefa“ użyta w miernych dawkach okazała mi się w rozlicznych chorobach jako środek lekarski nader skuteczny, łagodnie rozwalniający, mogę ją też jak najgoręcej polecać.

Radca nadworny Pr. Dr. Skibiński w Czerniowcach:

„W małych dawkach użyta sprowadza bez bolów łatwy stolec i z tej przyczyny poleca się takową także kobietom w stanie ciężarnym, w połogu lub innych słabościach kobiecych, jeżeli tego potrzeba wymaga.“ 7—10—10

Woda Franciszka Józefa znajduje się we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Dyrekcya rozsyłki

wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 25 Kwietnia 1891. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza.

O rozmiękczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem

napisał
Dr. Stanisław Braun,
I-szy asystent téjże kliniki.

Dopóki utrzymywano, że każda przeszkoda porodowa pochodzi od zbyt gwałtownych ruchów płodowych, przypuścić wypada, że dopóty nie znano ścieśnienia miednicy; dopiero gdy Smellie zwrócił uwagę, że istnieją miednice prawidłowe i takie, przez które płód z trudnością przechodzi, zaczęto się zastanawiać nad rodzajami i przyczynami ścieśnienia miednicy. Dlatego słusznie przypuścić możemy, że pierwsza wiadomość o istnieniu osteomalacyi odnosi się do początku wieku XIX i pierwszy, który zwrócił na nią uwagę, był S t e i n starszy, który nietylko pierwszy wspomina o téj chorobie kości, lecz i pierwszy wykonał cięcie cesarskie z powodu osteomalacyi.

Pomimo jednak, że znamy od wieku osteomalacyję i w czasie tym wykonano nad tym przedmiotem rozliczne doświadczenia i poszukiwania, przyczyna powstawania rozmiękczenia kości jest jeszcze dotąd niewyjaśnioną. Wiemy tylko tyle, że jestto choroba ogólnego odżywienia, usadowiająca się w kościach, z przebiegiem przewlekłym, wyniszczająca powoli cały ustrój, podobnie jak charłactwo rakowe, cukrówka, złośliwa niedokrewność, chroniczne zapalenie nerek i t. p. i kończąca się śmiercią osoby przez przyłączającą się z czasem gruźlicę płuc. Zdarza się najczęściéj u kobiet w okresie dojrzałości płciowéj, wyjątkowo u dziewcząt, które jeszcze nie miesiączkowały i u kobiet starszych po 50 roku życia, które przestały miesiączkować. Zostaje w ścisłym związku z okresem płodzenia i dojrzałości płciowéj, gdyż rozwija się zwykle u kobiet, które przedtem kilka razy rodziły, powstaje najczęściéj podczas ciąży lub połogu, a pogarsza się zwykle podczas każdorazowéj ciąży. Co do karmienia, twierdzi Fehling, że takowe nie ma wpływu na powstanie choroby, gdyż widział bardzo często to cierpienie u kobiet, które albo bardzo krótki czas, lub wcale nie karmiły, a przeciwnie nie spostrzegał osteomalacyi u kobiet, które zwykły karmić zadługo, bo od 1—2 lat, jak to się dzieje u kobiet japońskich i mieszkanek południowéj Francyi.

Po za okresem zapłodnienia, dopóki kobieta jest jeszcze zdolną do zajścia w ciążę, pogarsza się choroba już rozwinięta podczas każdéj regularności, zatrzymuje się zaś w rozwoju i ustępuje, skoro regularność ustąpi na zawsze, czy to dobrowolnie, czy to po wycięciu macicy i jajników. Nagabuje nietylko osoby ubogie, odżywiające się niedostatecznie i nędznie, mieszkające w ciasnych, ciemnych i wilgotnych izbach, zajęte ciężką pracą i troską o jutro, lecz nie oszczędza także i osób zamożnych, pędzących spokojny i błogi żywot wśród najkorzystniejszych warunków życia. Zdawałoby się, jak gdyby pewne wpływy atmosferyczne i teluryczne działały sprzyjająco na rozwój choroby, bo występuje nagminnie w pewnych okolicach, jak nad brzegami Renu, w północnych Włoszech około Medyjolanu i w niektórych kantonach Szwajcaryi, w Flandryi i Kalabryi, podczas gdy w innych krajach, jak Anglii, owéj siedzibie spokrewnionéj objawami z osteomalacyją choroby angielskiéj, i północnéj Ameryce należy do zjawisk bardzo rzadkich.

Rozwija się zwykle nader powoli, ztąd rozpoznanie samego zawiązku choroby jest trudne, gdyż rozpoczyna się takiemi samemi objawami jak gościec mięśniowy, stawowy, gruźlica kości i t. p. Pierwszy zaś objaw, który zwraca naszą uwagę na możność rozwinięcia się tej choroby, jest ból w krzyżach i miednicy, uważany nieraz mylnie za ból gośćcowy. Bóle te występują szczególnie podczas ucisku na kości miednicy, stąd najczęściéj podczas podnoszenia

ciężarów, siadania na twarde krzesło i chodzenia. Po niejakim czasie przenoszą się bóle na klatkę piersiową, stąd głębokie wdechy są dosyć przykre, a w końcu zajmują kończyny, oszczędzają zaś jedynie głowę. Z tego powodu nie lubią chore dotknięte osteomalacyją wiele chodzić, wstrzymują się od pracy, bo wszelkie ruchy ciała są dla nich bardzo bolesne. Dopóki zajęte są kości miednicy, chore poruszają się powoli, mocno przechylone ku przodowi i zwykle wsparte o kij, drugą osobę lub jaki sprzęt domowy. Jeżeli dodamy do tego wyraz twarzy blady, znękany i policzki wychudłe, to nawet najmłodsze osoby robią na nas wrażenie wcześnie rozwiniętego i daleko posuniętego uwiądu starczego. Chód takich chorych, jak i ustawienie stóp są charakterystyczne, chore bowiem, aby się naprzód posunąć, zwykły zwalać cały ciężar ciała na jednę kończynę, na której się wspierają, podczas gdy drugą kończynę podnoszą lekko ku górze i ostrożnie posuwają naprzód, przenosząc teraz ciężar ciała na kończynę przednią i w ten sam sposób co wyżej, posuwając kończynę drugą naprzód. Gdy chora taka idzie, to jak słusznie Schroeder zauważył, robi wrażenie, jak gdyby chciała się posuwać naprzód na jednéj nodze. Jeżeli stoi spokojnie, to stopy są zawsze blisko siebie ułożone, zwrócone palcami dużemi ku sobie. Chód powyższy nazywają niektórzy autorowie poziomym. Po niejakim czasie staje się i chód dla takich chorych uciążliwy i zmuszone są ciągle pozostawać w łóżku, wyczekując zbliżającéj się powoli śmierci. Leżenie w łóżku, chociażby najspokojniejsze, staje się z czasem bardzo uciążliwe i dotkliwe, skoro zajęte zostaną i kości klatki piersiowéj. Ciężarem ciała ugniecione kości jednéj strony, zmuszają chorą do ciągłego przewracania się na bok drugi i układania się w inne położenie. Wskutek tego i noce są dla takich chorych przykre, trapi ich bezsenność, która podkopuje już i tak bardzo wątłe siły organizmu.

U niektórych chorych dość wcześnie występuje uporczywy kaszel, duszność, jakoteż kolka brzuszna i biegunka, co według niektórych autorów ma pochodzić od drażnienia błony śluzowéj oskrzeli i przewodu pokarmowego przez nadmiernie wydzielające się sole wapienne na powierzchnię błon śluzowych.

Badania podobnych chorych przeprowadzone dotąd w rozlicznych kierunkach przez różnych autorów, głównie Fehlinga, nie doprowadziły do wyników dodatnich.

Osoby takie są zwykle małego wzrostu, blade, wychudłe, o skąpéj lub zanikłéj podściółce tłuszczowéj, pochylone lub w łóżku leżące skurczone, żalące się na ogólną obolałość ciała, wzmagającą się podczas ruchów lub ucisku na kości, przyczem możemy stwierdzić, że już najlżejszy ucisk jest bolesny, a kości są nader miękkie i tak podatne, że w przypadkach daleko posuniętéj choroby można je z łatwością i nieraz dość znacznie odchylać lub zaginać na wszystkie strony. Dlatego rozróżniają niektórzy autorowie dwie formy osteomalacyi:

1) rozmiękczenie kruche *(osteomalacia fracturosa)*, gdzie jeszcze pewna część kości twardéj pozostała, przezco kości dadzą się z łatwością złamać ale nie naginać; — 2) rozmiękczenie woskowe *(osteomalacia cerea)*, gdzie sprawa tak daleko postąpiła, że kości są jakby wosk miękkie i podatne. Możemy powiedzieć, że pierwsza forma jest początkowym, a druga późniejszym okresem choroby.

Rozmiękczenie kości występuje najpierw w miednicy i to najwcześniéj w przedniéj połowie takowéj, późniéj zajmuje tylną połowę miednicy, żebra, mostek, a w końcu kończyny. Ten postęp choroby można stwierdzić klinicznie, a zarazem wywiady wykazują, że bole pochodzące od rozmiękczenia występują najpierw w miednicy, późniéj dopiero przechodzą na tułów.

Z powodu podatności kości poszczególne ulegają różnemu nieprawidłowemu zniekształceniu, jak zagięciu, załamaniu i odwinięciu, co można najwyraźniéj widzieć na kościach miednicy.

Miednica rozmiękła jest, biorąc rzecz klinicznie, miednicą niepomiarową i ścieśnioną ogólnie, ale przeważnie w wymiarze poprzecznym, chociaż najwięcéj skrócony bywa wymiar krzyżowo biodrowy *(distantia sacrocotyloidea)* wynoszący w prawidłowych warunkach 8 cm., w przypadkach cierpienia daleko rozwiniętego, równający się zeru, to jest, że wzgórek kości krzyżowéj dotyka panewek biodrowych. Z powodu niejednostajnego i równoczesnego rozwinięcia się choroby w obu połowach bocznych miednicy jest zwykle jeden wymiar krzyżowobiodrowy więcéj skrócony od leżącego po stronie przeciwnéj.

Zmiany, jakie rozmiękczenie sprowadza w miednicy, dają się z łatwością wytłomaczyć, jeżeli uwzględnimy, że miednica rozmiękła składa się z kości miękkich i podatnych, a z drugiéj strony, że na taką miednicę działają siły, które w zwykłych warunkach wywierają tak olbrzymi wpływ na kształt miednicy.

Pierwszą, a zarazem najważniejszą taką siłą jest ciężar kręgosłupa, odpychający kość krzyżową ku dołowi, wskutek czego kość krzywa obraca się niejako około swéj osi poprzecznéj, łączącej punkta przyczepienia więzadeł krzyżowobiodrowych *(ligamenta ileosacralia)* i obniża się część górna t. j. wzgórek krzyżowy ku dołowi i naprzód zbliżając się tem samem do spojenia łonowego, podczas gdy dolna połowa odchyla się ku tyłowi. Podczas gdy obniżenie wzgórka jest możebne, to odchyleniu dolnego końca kości krzyżowéj przeszkadzają 2 pary silnych więzadeł łączących kość krzyżową z kością siedzeniową (*ligamento spinoso-sacralia et lig. tuberoso-sacra*). Wskutek tego koniec kości krzyżowéj i kość ogonowa są zwrócone ku przodowi, może nieco więcéj niż zwykle. Działanie tych dwóch sił działających na kość krzyżową uwidocznia się tem, że kość krzyżowa załamuje się w połowie swéj długości, t. j. w wysokości 2 i 3 kręgu krzyżowego, tworząc po stronie przedniéj bardzo mocną wklęsłość a po stronie tylnéj mocne wypuklenie ku tyłowi *(kyphosis)*. To wystąpienie kości krzyżowéj ku przodowi sprawia, że trzony kręgów krzyżowych, szczególnie w górnéj połowie, sterczą więcéj ku przodowi niż przylegające do nich skrzydła krzyżowe.

Kość krzyżowa zostaje ku górze w ścisłym związku zapomocą stawów z kręgosłupem lędźwiowym, a po bokach łopatki biodrowe łączą się z nią nietylko zapomocą spojenia krzyżowobiodrowego (*synchondrosis sacro iliaca*), lecz za pomocą więzadeł szerokich krzyżowobiodrowych (*lig. vaga posteriora*).

Wskutek obniżenia się i przechylenia ku przodowi wzgórka kości krzyżowéj, wygina się mocno naprzód kręgosłup lędźwiowy, tworząc mocne wygięcie ku przodowi (*lordosis*). Równocześnie zostaje pociągnięta ku przodowi i dołowi z kością krzyżową i łopatka biodrowa, wskutek czego oddalenie kolców górnych tylnych staje się mniejsze, a łopatka zostaje załamana, tworząc między połową prze-

dnią a tylną rowek biegnący zwykle od kolca biodrowego przedniego górnego do tylnego dolnego, czyli t. zw. rowek Kiliana (*sulcus Kiliani*). Na załamanéj łopatce biodrowéj będzie miał grzebień kształt owalny zamiast dużéj litery S.

Ciężar kręgosłupa uwidocznia się także na podstawie miednicy, na któréj cały ciężar spoczywa, t. j. na guzach siedzeniowych. Takowe jako podatne zostają na zewnątrz odwinięte i przyczyniają się do zniekształcenia łuku łonowego, co się dzieje i przez wsunięcie panewek ku zewnątrz i tyłowi i górze.

Z powodu oporu, jaki stawiają ciężarowi ciała kończyny dolne, co stanowi drugi ważny czynnik w ukształtowaniu miednicy, zostają panewki biodrowe mocno na wewnątrz wpuklone i to zwykle po jednéj stronie więcéj niż po przeciwnéj i więcéi ku przodowi wysunięte. Wskutek tego nie tylko zwracają się duże krętarze kończyn mocno ku przodowi, ale obie kończyny zostają więcéj zwrócone ku sobie palcami dużemi stóp na wewnątrz. Wpuklone panewki zbliżają się coraz więcéj ku kości krzyżowéj, dzieląc tem samem całą jamę miednicy na trzy przedziały, z których przedni leży między wsuniętemi panewkami a spojeniem łonowem, dwa zaś boczne nad przetokami krzyżowobiodrowemi. Kształt wchodu miednicy przyjmuje postać listka trójdzielnego koniczyny.

Przez wpuklenie się panewek zostają zbliżone do siebie gałęzie poziome kości łonowych i części wstępujące kości siedzeniowych. Kości łonowe ulegają przed guzikiem biodrowo-łonowym załamaniu, a części wstępujące kości siedzeniowych zanadto zbliżone do siebie zwężają łuk łonowy, który przyjmuje postać szczeliny, niekiedy litery omega. Spojenie łonowe zostaje w postaci dziuba mocno ku przodowi wysunięte i mocno zaostrzone.

Działanie trzeciego czynnika, t. j. skurczu mięśni prążkowanych przyczepiających się i odchodzących od miednicy przyczynia się niemało do owego ogólnego zniekształcenia miednicy.

Pomiary miednicy rozmiękłéj wykazują skrócenia wymiarów poprzecznych, głównie oddalenia krętarzy dużych od siebie, inne wymiary są albo mało skrócone lub nawet prawidłowéj wielkości.

Na kręgosłupie obok *lordosis* w kręgach lędźwiowych i *kyphosis* w kości krzyżowéj, znajduje się w kręgach piersiowych wygięcie na bok, *scoliosis*, z wypukleniem najczęściéj na prawo.

Na klatce piersiowéj napotykamy podobne zmiany jak u dzieci, które cierpią na krzywicę. Mostek jest mocno wygięty ku przodowi, a po bokach klatki piersiowéj żłobkowate wyżłobienia od ucisku ramion.

Na kończynach rzadko spotykamy zniekształcenia, bo zanim choroba już tu się rozwinie, to zwykle dawno kończyn chora nie używa, leżąc obłożnie w łóżku. Łatwo sobie teraz wytłomaczyć, że w miarę rozwoju choroby skraca się coraz więcéj i długość ciała, głównie tułowia, który zdaje się coraz więcéj zbliżać do miednicy i wchodzić w takową. Jestto objaw tak charakterystyczny, że nawet otoczenie choréj zwraca naszą uwagę na ten tak ważny szczegół.

Biorąc rzecz ze stanowiska anatomiczno patologicznego, to toczą się w kościach rozmiękłych dwa procesy równocześnie zapalenia i zaniku kości. Na przekroju kości takie okazują się różowo zabarwione lub żółtawe.

W narządach wewnętrznych nie napotyka się zwykle żadnych charakterystycznych zmian, z wyjątkiem okolicy najbliższéj jajników, która jest często unaczynioną nie tylko przez naczynia żylne, ale i tętnicze mocno rozszerzone i rozgałęzione, jak to Fehling stwierdził w przeważnéj liczbie osteomalacyi podczas operacyi.

Jajniki same nie przedstawiają zawsze jednakowego stanu, gdyż w jednych razach są małe, zanikowe, w innych przypadkach prawidłowéj wielkości z naczyniami włosowatemi miąższu torbielkowato rozszerzonemi.

Badanie moczu, dokonane przez Fehlinga w dwóch przypadkach daleko posuniętéj choroby, wykazało odwrotnie jak dotąd utrzymywano, zmiejszoną ilość soli wapiennych i fosforanów tak, że przypuścić trzeba, że może tylko w początku choroby wydzielanie się tych soli jest większe, późniéj pomniejszone.

Badanie krwi wykazało znacznie zmniejszoną alkaliczność krwi tak, że podczas gdy do saturacyi 100 ccm krwi normalnéj potrzeba 270 do 366 mgrm. ługu sodowego, to w osteomalacyi rozwijającéj się potrzeba 256 3 mgrm.

Ponieważ Jaksch wykazał, że w każdéj chorobie przewlekłéj, wyniszczającéj organizm, zmniejsza się alkaliczność krwi, nie można dlatego tego objawu uważać za właściwy objaw osteomalacyi.

Nic zatem dziwnego, że w obec braku objawów dodatnich charakterystycznych, wyłącznie od osteomalacyi zależnych, powstały różne teoryje tłomaczące powstanie tej choroby.

Jedni autorowie przypuszczają, że choroba rozwija się ile razy podupada odżywienie, czy to przez niedostateczne żywienie się, złe pomieszkanie, częste obfite utraty krwi, jak się to dzieje podczas porodów, przez co ma się wytwarzać nadmierna ilość kwasu mlekowego w krwi i kościach, rozpuszczające sole wapienne, które z początku zostają z organizmu wydzielone, a późniéj z trudnością przyswajane. Popierają teoryję tem, że zawsze znajduje się w osteomalacyi mniejsza alkaliczność krwi niż w prawidłowych warunkach. Ponieważ podobny stan zmniejszonéj alkaliczności krwi powstaje i z innych przyczyn, teoryja ta jest za mało uzasadnioną.

Fehling wychodząc z tego spostrzeżenia, że choroba pojawia się w niektórych krajach nagminnie, przypuszczał, że może osteomalacyja jest chorobą grzybkową i badał z Haeglerem krew świeżo upuszczoną z osoby dotkniętéj osteomalacyją, lecz nie mogli znaleść żadnego swoistego grzybka.

Najwięcéj do prawdy zbliżoną i najlepiéj tłomaczącą nam powstanie choroby jest świeżo ogłoszona w *Archiv für Gynaekologie* B. XXXIX, Nr. 2 teoryja Fehlinga, którą wyprowadza na podstawie wyników leczenia osteomalacyi przez wycięcie jajników (*castratio*). (Dok. nast.)

II. Doświadczenia z limfą Kocha

w oddziale chirurgicznym szpitala św. Zofii we Lwowie

podał

Dr. H. Schramm.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

8) Robert G., lat 4. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych wykazać nie można. Serce, nerki, przewód pokarmowy zdrowe. W okolicy 4 i 7 kręgu piersiowego garb

ostro kończasty, powoli w kilkunastu miejscach się zwiększający. Bolesność przy ucisku nieznaczna. Chód utrudniony, bolesny, w staniku twardym swobodniejszy. Stan bezgorączkowy.

24/1 1891. Wstrzyknięto 0.5 miligrama. Żadnéj miejscowéj ani ogólnéj reakcyi.

25/1. Po 1·5 miligrama ciepłota najwyższa 37·7, miejscowo zmiany żadnéj.

28/1. Po 3 miligramach ciepłota najwyższa 37.

30/1. Wstrzyknięto 4 miligramy, ciepłota 39·4, garb mocno bolesny.

2/2. Po 6 miligramach ciepłota najwyższa 38·6. Ból w plecach trwający kilka godzin.

6/2. Po 6 miligramach ciepłota najwyższa 37·4. Miejscowo żadnéj reakcyi. Matka zabrała dziecko w tym stanie, jak je przyniosła.

9) St. T., lat 3. Stan odżywienia dobry. Płuca zupełnie zdrowe. Staw biodrowy prawy unieruchomiony, poruszalny tylko razem z miednicą. Kończyna w patognomicznem położeniu zgięta do 140°. Fałd pośladkowy wygładzony, ucisk na staw bolesny.

12/1 1891. Wstrzyknięto 0·5 miligrama limfy. Reakcyi żadnéj ani miejscowéj ani ogólnéj.

14/1. Po 1 miligramie ciepłota najwyższa 37·9, miejscowo zmiany żadnéj.

16/1. Po 2 miligramach ciepłota 37·4. Stan miejscowy taki sam.

18/1. Po 5 miligramach ciepłota 37·3. W stawie chorym żadnéj zmiany ani na lepsze ani na gorsze. Matka zabrała dziecko do domu.

10) Anna G., lat 6, dziewczyna licho odżywiona, w płucach nie można wykazać zmian żadnych. Mocz, serce, przewód pokarmowy prawidłowe. Stan bezgorączkowy.

Lewy staw biodrowy mocno obrzmiały, kończyna zgięta pod kątem 130°, z miednicą poruszalna, ucisk na staw nie bardzo bolesny.

26/1 1891. Wstrzyknięto 1·2 miligrama, reakcyja 38, drugiego dnia wieczorem 38·7, trzeciego 38·5, czwartego 38.

30/1. Wstrzyknięto 3 miligramy, ciepłota 40°, miejscowo zmiany żadnéj. Na drugi dzień 39°, potem bez gorączki.

2/2. Po 5 miligramach gorączka 40·1° znaczne osłabienie, nudności, łamanie po kościach, staw mocno bolesny.

Na drugi dzień 38·2, bolesność stawu znaczna, obfite poty, kaszel. Matka zabrała dziecko do domu, nie chcąc się zgodzić na dalsze injekcyje.

11) Grzegorz K., lat 11, dość dobrze odżywiony, cera blada, w prawym szczycie wypuk trochę krótszy, rzężeń nie ma. Staw biodrowy lewy obrzmiały nieznacznie, kończyna ustawiona pod kątem 150°, ucisk na staw bolesny, w pachwinie gruczoł limfatyczny wielkości bobu, bolesny.

26/1. Wstrzyknięto 1·2 miligrama, gorączka do 39·5, staw więcéj bolesny. Na drugi dzień gorączka 38·6, bolesność stawu ustąpiła.

30/1. Po 3 miligramach, gorączka 39. Stan bolesny mocniéj. Na drugi dzień 38.

1/2. Po 5 miligramach, gorączka 40·2, nudności, osłabienie, bardzo silny ból w stawie.

6/2. Wstrzyknięto 6 miligramów, gorączka 40, silny ból głowy, nudności, gruczoł w pachwinie powiększony i bolesny, staw boleśniejszy i więcéj obrzmiały. Stłumienie w prawym szczycie się powiększyło, nadto stłumienie nowe w prawym dolnym płacie. Zaprzestano dalszych injekcyj.

12) Edward K., lat 12. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych nie ma. Na udzie prawem w okolicy krętarza większego dwa owrzodzenia wielkości centa o brzegach ostrych, zagłębionych, wydzielina skąpa, prątków w niéj nie znaleziono.

26/1 1891. Wstrzyknięto 1·2 miligrama limfy, ciepłota 37·5, na drugi dzień 38·6, miejscowo reakcyi nie ma żadnéj. Następne dni bez gorączki.

30/1. Po 3 miligramach ciepłota 37·8, na drugi dzień 38·3 bez reakcyi miejscowéj, następnego dnia bez gorączki.

2/2. Po 5 miligramach ciepłota najwyższa 37·3. Następne 3 dni bez gorączki.

6/2. Po 9 miligramach ciepłota 38·2 przez 2 godziny, miejscowo zmiany żadnéj. Zaprzestano wstrzykiwać, a po kilkakrotnem lapisowaniu wrzody się zagoiły.

13) Abraham D., lat 3. Stan odżywienia lichy. W płucach zmian żadnych wykazać nie można. Koło łokcia prawego kilka owrzodzeń gruźliczych wielkości centa i czworaka; pod kolanem prawem dwa podobne owrzodzenia.

30/1 1891. Wstrzyknięto 1 miligram, ciepłota 39·1, koło owrzodzenia silne obrzmienie i zaczerwienienie. Przez następne dwa dni ciepłota wieczorem 38.

2/2. Po 3 miligramach ciepłota 40·2, koło owrzodzeń silne zaczerwienienie, wydzielina bardzo obfita, ropna.

6/2. Wstrzyknięto 3 miligramy, ciepłota 39, osłabienie, ból głowy, nudności, wysypka pęcherzykowa na wargach.

Z powodu ogólnego nędznego stanu zaprzestano wstrzykiwań, a pod wpływem zwyczajnego leczenia (wyskrobanie i maść lapisowa) owrzodzenia goją się dobrze.

14) Anna R., lat 8. Stan odżywienia dobry. W płucach zmian żadnych wykazać nie można. Serce, nerki, przewód pokarmowy zdrowe. Koło łokcia lewego rozległe owrzodzenia gruźlicze o brzegach podminowanych, sięgające do połowy ramienia pozostałe po zropiałych gruczołach limfatycznych. Koło łokcia prawego gruczoły limfatyczne powiększone do wielkości orzecha włoskiego.

1/2 1891. Wstrzyknięto 2 miligramy płynu. Żadnéj ani miejscowéj ani ogólnéj reakcyi.

3/2. Wstrzyknięto 5 miligramów. Ciepłota najwyższa 38°, miejscowo żadnéj reakcyi.

6/2. Po 6 miligramach dreszcze, w 3 godziny potem gorączka 40°, osłabienie znaczne, nudności, łamanie po kościach. Owrzodzenie mocno zaczerwienione, miejscami szarą wypociną pokryte, okolica mocno zaczerwieniona i obrzmiała. Gruczoł koło łokcia prawego powiększony i bolesny.

10/2. Po 6 miligramach gorączka doszła do 40°, miejscowo mała reakcyja w postaci obrzmienia i zaczerwienienie w otoczeniu owrzodzeń.

Z powodu znacznego osłabienia ogólnego zaprzestano wstrzykiwań.

Śród lapisowania owrzodzeń i przykładania maści lapisowéj owrzodzenia do 15 marca prawie się zgoiły.

15) Jan H., lat 5. Stan odżywienia nędzny, skóra blada, na powiekach *blepharadenitis*. Z ucha prawego sączy się obficie cuchnąca ropa. Gruczoły limfatyczne po stronie prawéj obrzmiałe, twarde, wielkości fasoli; po stronie lewéj owrzodzenie wielkości czworaka pozostałe po przecięciu zropiałego gruczołu limfatycznego. Płuca zdrowe. Serce, nerki, przewód pokarmowy prawidłowe.

12/1 1891. Wstrzyknięto 0·5 miligrama, ciepłota 38·5, następnego dnia 38·2. Miejscowo prawie żadnéj reakcyi.

14/1. Wstrzyknięto 1 miligram. Ciepłota 38·5, gruczoły na szyi nieco większe i boleśniejsze.

16/1. Wstrzyknięto 1·5 miligrama. Ciepłota 38·5, innych zmian żadnych.

19/1. Wstrzyknięto 2·5 miligrama. Ciepłota 39·3. Gruczoł jeden po stronie lewéj rozmiękły, chełboczący. Gruczoły po stronie prawéj powiększone, na oczach i w uchu zmiany żadnéj.

23/1. Wstrzyknięto 3 miligramy. Ciepłota 39·9. Rozcięto zropiały gruczoł, wypełniony jak zwykle serowatą ropą.

27/1. Po 5 miligramach ciepłota 39°. Innych przypadów żadnych.

31/1. Po 6 miligramach ciepłota 39·1. Gruczoły po stronie prawéj więcéj obrzmiałe, bolesne. Wypływ z ucha taki sam jak poprzednio. Owrzodzenie na szyi nie goi się, pokryte szarą wypociną, nie widać na niem żadnéj reakcyi po wstrzykiwaniach.

2/2. Po 6 miligramach 39·9, osłabienie znaczne, dziecko blade, wygląda znacznie gorzéj niż poprzednio.

6/2. Po 6 miligramach 39·2, osłabienie znaczne, kaszel, w lewym szczycie przytłumienie odgłosu wypukowego.

Zaprzestano dalszych wstrzykiwań.

16) Ludwik B, lat 12, chory od lat 8. Stan odżywienia dobry, płuca zupełnie zdrowe. Na środku czoła blizna biała, dolna część czoła, łuki brwiowe, nos, oba policzki, dolna połowa ucha lewego, okolica podszczękowa i górna połowa szyi zajęte wilkiem.

6/12 1890. Wstrzyknięto 3 miligramy, dopiero na drugi dzień gorączka 39°. Twarz cała w miejscach chorobowo zmienionych bardzo silnie zaczerwieniona, obrzmiała, pokryta grubemi łuszczącemi się strupami, w których badanie drobnowidowe (prof. Feigel) wykazało prątki gruźlicze.

9/12. Wstrzyknięto 4 miligramy limfy. Ogólnych reakcyj nie ma, miejscowa silna.

12/12. Wstrzyknięto 4 miligramy, dreszcz silny, potem gorączka 40°, miejscowo bardzo silna reakcyja.

15/12. Po 5 miligramach gorączka 39·5.

18/12. Po 6 miligramach gorączka 39·4. Z powodu świąt wyszedł chory do domu, po powrocie 3/1 twarz znacznie bledsza, mniéj obrzmiała — miejscami zaczyna się zabliźnienie.

4/1. Wstrzyknięto 5 miligramów. Ciepłota najwyższa 37·8, miejscowa reakcyja znaczna.

7/1. Po 7 miligramach ciepłota doszła do 37·6.

9/1. Po 10 miligramach ciepłota 37·4.

12/1. Wstrzyknięto 15 miligramów. Ciepłota najwyższa 39·6, nudności, ból głowy, łamanie po kościach, miejscowa reakcyja bardzo silna.

14/1. Po 15 miligramach ciepłota 38·2.

16/1. Po 18 miligramach ciepłota 37·4. Bardzo obfite łuszczenie się na twarzy, po zdjęciu łusek pod niemi świeże guzki na policzkach i na uchu.

19/1. Wstrzyknięto 20 miligramów, ciepłota 37·4.

24/1. Wstrzyknięto 24 miligramów, ciepłota 37·6, miejscowa reakcyja nie bardzo znaczna.

26/1. Wstrzyknięto 30 miligramów, ciepłota 37·4. Na twarzy silne zaczerwienienie, świeże guzki się rozpadają.

1/2. Po 36 miligramach ciepłota najwyższa 38·7.

6/2. Liczne świeże guzki na twarzy i szyi, — Matka zabrała syna ze szpitala.

17) Ruchla T, lat 12, chora od lat 3. Operowana kilkakrotnie przez łyżeczkowanie i wypalanie termokauterem wilka na twarzy i podniebieniu twardem, po którem to leczeniu pozostał zabliźniony ubytek skrzydeł nosa, zbliznowacenie wargi górnéj. W bliźnie téj rozwijać się zaczęły w 2 miejscach nowe guzki, nadto w podniebieniu twardem, języczku i w nagłośni kilkanaście drobnych owrzodzeń i guzków wilkowych.

Stan ogólny dobry, płuca zupełnie zdrowe.

29/11 1890. Wstrzyknięto 5 miligramów. Najwyższa ciepłota w 6 godzin 40·2°, tętno 180, wymioty, znaczne osłabienie, wysypka na calem ciele, suchy kaszel. Blizna cała zaczerwieniona, guzki pokryte strupem, owrzodzenie na podniebieniu bardzo silnie zaczerwienione, częściowo szarą wypociną pokryte. Następnego dnia 38·6, trzeciego dnia 38·8, czwartego 38·4.

3/12. Wstrzyknięto 4 miligramy, gorączka 40·1°, na drugi dzień 38·4, miejscowo reakcyja silna.

6/12. Wstrzyknięto 3 miligramy 40·1, na drugi dzień 38·3, wysypka płonicowa, kaszel suchy.

9/12. Po 4 miligramach 39·6, na drugi dzień 38·1.

12/12. Po 4 miligramach 40·5, na drugi dzień 38·5. Wysypka jaskrawo plamista, bóle w kościach, kaszel suchy.

15/12. Po 4 miligramaah 39·5, na drugi dzień 38·1. Wychudnienie i osłabienie znaczne, blizna i guzki w niéj złuszczone, na podniebieniu owrzodzenia w znacznéj części pogojone.

19/12. Po 4 miligramach 39·5, Na wardze świeży jeden guzek. Z powodu świąt zaprzestano wstrzykiwań.

31/12. Stan odżywienia poprawił się znacznie, ciężar ciała wrócił do pierwotnego stanu. Na twarzy nie wystąpiły nowe zmiany, na podniebieniu i nagłośni prawie wszystkie owrzodzenia wygojone.

4/1. Wstrzyknięto 4 miligramy, najwyższa gorączka 38·8, miejscowo żadnéj reakcyi. W następnych dniach gorączka wieczorami do 38·1.

7/1. Wstrzyknięto 6 miligramów, najwyższa ciepłota 38·1°.

9/1. Po 8 miligramach ciepłota 38, zresztą żadnych przypadków, następne dni bez gorączki.

10/1. Na podniebieniu dwa nowe wrzodziki.

12/1. Po 10 miligramach 38·5, trochę nudności, zresztą stan dobry.

14/1. Po 10 miligramach 38·6. Na twarzy jeden świeży guzek w bliźnie i jeden na policzku nad bliz ą.

16/1. Wstrzyknięto 13 miligramów, ciepłota 37·9. Świeże guzki się łuszczą.

19/1. Po 15 miligramach 38·2, zresztą stan dobry. — Świeże guzki prawie zniknęły, owrzodzenia na podniebieniu się zaciągają.

24/1. Wstrzyknięto 18 miligramów, ciepłota 38·6. Na wardze po stronie lewéj pięć nowych guzków, na granicy między podniebieniem twardem a miękkiem dwa nowe owrzodzenia.

26/3. Po 20 miligramach 38·4, ból głowy, osłabienie. Swieże guzki się łuszczą.

30/1. Po 24 miligramach ciepłota 37·9. Trzy nowe guzki na $^1/_2$ centim. po nad blizną na nosie.

2/2. Po 30 miligramach 38·8, dwa nowe guzki na policzku lewym.

3/2. Nowe guzki w bliźnie na wardze, która wygląda gorzéj niż przed rozpoczęciem leczenia, mimo że chora dostała 17 wstrzykiwań razem do 19 centigrm. limfy.

Zaprzestano dalszych injekcyj. (Dok. nast.)

III. Jeszcze o tak zwanych rzęskowo-siatkówkowych naczyniach.

Napisał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** (w Kijowie).

W artykule moim o zespoleniach tylnych naczyń rzęskowych z naczyniami siatkówki i nerwu wzrokowego (Wiad. lekarskie r. 1889 Nr. 8 i *klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde Februar* 1889) przytoczyłem znane w literaturze przypadki naczyń rzęskowo-siatkówkowych. Odtąd nowy przypadek opisał Nickels (*klin. Monatsbl. f. Augenheilk. August* 1889): w lewem oku 21-letniego mężczyzny dolna skroniowa żyła siatkówki w obrębie tejże wcale nie istniała, pojawiała się tylko na samym brzegu tarczy nerwu wzrokowego, jako naczynie z głębi z poza siatkówki idące, które następnie łączyło się wraz z innemi żyłami siatkówki ze środkową żyłą siatkówki. Wiemy więc obecnie, że jako rzęskowo-siatkówkowe naczynia występować mogą zarówno żyły, jakoteż tętnice, dla tych nawet stwierdzono to anatomicznie (Birnbacher). Jednakże jako naczynie rzęskowo-siatkówkowe występowała zwykle tylko jedna gałęź i w jednem tylko oku, przypadek zaś, który tu opiszę, zasługuje na szczególną uwagę ze względu, iż wadę spostrzegłem w obu oczach, w jednem zaś widzieliśmy aż trzy naczynia rzęskowo-siatkówkowe.

Dziewczyna zdrowa, 14-letnia. Powieki i spojówka w obu oczach zupełnie prawidłowe, przeciwnie powierzchnie obu rogówek są nieprawidłowe, chociaż zarówno one jakoteż soczewki i ciałka szklane zupełnie przeźroczyste. Wzrok w obu oczach $^{20}/_{100}$, tarcze nerwów wzrokowych występują jako poprzeczne owale; astygmatyzm nadmiarowy. Walec — $^1/_{20}$ z osią pionową podnosi wzrok w obu oczach prawie do $^{20}/_{30}$. Badanie wziernikowe wykazało nadto: w prawem oku

brzeg skroniowy tarczy nerwu wzrokowego otacza wązki stożek, mający powierzchnię cokolwiek zagłębioną. W środku



Prawe oko.

tarczy spostrzegamy gruby, lecz bardzo krótki pień górnéj żyły tarczowéj, składa się ona z dwóch głównych gałęzi: żyły górnéj nosowéj i górnéj skroniowéj. Żyła górna nosowa składa się z dwóch gałęzi, które rozgałęziają się mniéj lub więcéj tak, jak następuje zwykły podział samego pnia żyły tarczowéj na skroniową i nosową, z tą jednak różnicą, że ostatnia bardzo mało jest rozwiniętą. Druga gałęź składowa żyły górnéj tarczowéj, górna skroniowa żyła, początek bierze prawdopodobnie w naczyniówce, gdyż w obrębie siatkówki staje się widoczną jako dość grube naczynie, dopiero obok brzegu tarczy nerwu wzrokowego, w miejscu prawie odpowiadającem pionowéj średnicy, w samym stożku do tarczy przytykającym, którego całą prawie w tem miejscu szerokość zajmuje. Dolnéj żyły tarczowéj wcale nie spostrzegamy. Niżéj środka tarczy znajduje się ujście żyły, utworzonéj przez dwa naczynia, przypominające przebiegiem swoim dolne żyły skroniową i nosową, w gruncie rzeczy jednak ta *quasi* dolna tarczowa żyła stanowi li tylko dolną żyłę skroniową, gdyż ku wewnątrz obok niéj spostrzegamy grubą żyłę, która jednakże pochodzi z żył z układu tylnych naczyń rzęskowych początek biorących, gdyż ukazuje się tylko obok samego brzegu tarczy nerwu wzrokowego, jako naczynie z głębi idące i następnie znika cokolwiek niżéj środka tarczy. Górna tętnica tarczowa bierze początek wyżéj środka tarczy i jest dość długą, gdyż podział jéj na górną tętnicę nosową i skroniową następuje dopiero w odległości przeszło 2 średnic tarczy od początku. Dolnéj tętnicy tarczowéj wcale nie znajdujemy. Tętnica, która bierze początek od brzegu dolnego tarczy i po krótkim przebiegu przechodzi do skroniowéj połowy dna oka, jest tylko dolną skroniową tętnicą, Dolna nosowa tętnica bierze początek cokolwiek ku wewnątrz od środka tarczy, kierunek przybiera ku dołowi i ku zewnątrz, lecz na samym brzegu tarczy znika, udając się w głąb, w odległości zaś średnicy tarczy w tym samym kierunku ukazuje się znów w siatkówce. Tak więc w oku tem mamy jednocześnie trzy naczynia rzęskowo-siatkówkowe: dwie żyły i jednę tętnicę.



Lewe oko.

W lewem oku, prócz dolnéj skroniowéj żyły, wszystkie inne, nawet jedna z żył plamkowych (*v. macularis)* łączą się razem w środku tarczy; żyła dolna skroniowa znika obok samego brzegu tarczy, połączenie jéj zatem z żyłą środkową następuje dopiero znacznie głębiéj, w istocie nerwu wzrokowego. Rozgałęzienia górnéj skroniowéj żyły są zupełnie prawidłowe, przeciwnie górna nosowa żyła ukazuje się na powierzchni siatkówki dopiero obok samego brzegu tarczy, w istocie otaczającego ją stożka; składają się na nią zatem naczynia nie siatkówkowe, lecz do tylnego układu rzęskowego należące. W żyłach dolnéj połowy dna oka nieprawidłowość polega li tylko na tem, że pnia dolnéj żyły tarczowéj wcale nie znajdujemy, miejsce i kierunek jego zajmuje dolna żyła nosowa, natomiast dolna skroniowa żyła, jak wspomniałem już, obok brzegu tarczy wstępuje do istoty nerwu wzrokowego i więcéj nie jest już widzialna. Co się tyczy tętnic, górnéj tarczowéj tętnicy wcale nie znajdujemy, zaś górna tętnica skroniowa i nosowa ukazują się na powierzchni tarczy jako samoistne gałęzie, z których tętnica górna skroniowa ma prawidłowy kierunek i podział, natomiast górna nosowa tętnica, w odległości przeszło średnicy tarczy, znika z powierzchni dna oka, udając się w głąb do istoty naczyniówki. W dolnéj połowie dna początek cienkiéj dolnéj tarczowéj tętnicy spostrzegamy obok samego brzegu tarczy, lecz już w nosowéj jéj połowie. Tętnica dolna nosowa bardzo mało jest rozwiniętą, zaś tętnica dolna skroniowa zdąża w okolicę plamki żółtéj w kierunku łuku równolegle z brzegiem tarczy położonego, przecinając obie dolne żyły siatkówki. W tem oku mamy zatem dwa rzęskowo siatkówkowe naczynia: jednę tętnicę i jednę żyłę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. F o d o r: **Badania nad działaniem krwi niszczącem prątki.**

Autor już w dawniejszych swych pracach wykazał, że prątki wstrzyknięte do krwi żyjących zwierząt w krótkim czasie giną, a także i krew świeża nawet poza obrębem naczyń krwionośnych zwierzęcia jest w stanie zniszczyć prątki wąglika. Z doświadczeń tych wynika, że krew posiada własności niszczące prątki, a potwierdzili to także i inni autorowie. W pracy niniejszéj stara się autor zbadać, jakie stosunki naturalne krwi działają na prątki, a przedewszystkiem zbadać, o ile dyspozycyję zwierząt do zakażenia można zwiększyć albo zmniejszyć i czy można uzyskać pewną o d p o r n o ś ć *(immunitas)* przeciwko zakażeniu. Autor do swoich badań używał tylko prątków wąglika, a wyniki są następujące:

I. W p ł y w r ó ż n y c h s t o s u n k ó w k r w i n a s i ł ę n i s z c z ą c ą p r ą t k i. Krew tętnicza posiada znacznie większą siłę niszczącą prątki, aniżeli krew żylna. Krew świeża o wiele pewniéj to czyni, aniżeli odstała. Tak w atmosferze tlenu, jak i w atmosferze bezwodnika kw. węglowego siła ta maleje, podczas gdy uwolnienie krwi z gazów nie ma żadnego wpływu na tę siłę. Krew nasycona tlenkiem węgla nie niszczy już prątkow. Przez jednorazowe zamrażanie krwi siła ta nie zmienia się, ale po kilkorazowem zamrażaniu ginie. Tak samo ustaje po ogrzaniu krwi od 50 do 60° C. Najsilniéj niszczy prątki krew o ciepłocie 38 do 40° C. To działanie krwi niszczące prątki jest nietylko różnem u różnych rodzajów zwierząt, lecz także u różnych osobników tego samego rodzaju. Z tego wynika, że krew poszczególnych zwierząt posiada różną skłonność do niszczenia prątków, co zupełnie odpowiada spostrzeżeniu, że zwierzęta podobnie jak ludzie okazują różną odporność wobec chorób zakaźnych. Indywidualne więc usposobienie wobec chorób zakaźnych stać musi w pewnym stosunku do własności krwi niszczenia prątków.

II. S z t u c z n a m o d y f i k a c y j a d z i a ł a n i a k r w i n i s z c z ą c e g o p r ą t k i. Tutaj jako najważniejszy

wynik podaje autor spostrzeżenie, że alkalizacyja krwi za pomocą środków alkalicznych jest w stanie zwiększyć siłę niszczącą prątki. Podobnie działa i sól kuchenna, jakkolwiek nie w tym stopniu, podczas gdy kwas solny, kwas winowy i chinina działają raczéj przeciwnie.

III. Wywołanie odporności przeciw chorobom zakaźnym za pomocą alkalizacyi ustroju. Ze znacznego szeregu badań przez autora wykonanych wynika, że odporność zwierząt przeciw zakażeniu wąglikiem można w ustroju powiększyć za pomocą alkalizacyi krwi tak, że zakażone zwierzęta, jeśli nawet giną, to o wiele późniéj, a nawet wiele takich zwierząt po alkalizacyi ich ustroju pozostaje przy życiu. (*Centralbl. für Bakt. u. Paras.*, VII., 24, 1890). *Dr. Süsskind.*

Bakteryjologija.

Freire: **Mikroorganizm febry żółtéj.**

Domingo Freire ogłosił rozprawę, którą prof. Leyden na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie odczytał, a któréj treść jest następująca:

Żółtą febrę wywołuje *Cryptococcus xanthogenes*, którego bijologija jest znana. Mikroorganizm ten wydziela żółty barwik rozpuszczalny, który jest przyczyną żółtego zabarwienia skóry i barwik czarny nierozpuszczalny, zabarwiający wymociny. Ptomainy tych drobnoustrojów działają na nerwy błędne i współczulne. Doświadczeniem na zwierzętach można zarówno za pomocą ptomain, jakoteż za pomocą czystych hodowli obraz chorobowy żółtéj febry wywołać. Już po trzeciem przeszczepieniu hodowle mogą być użyte do szczepienia ochronnego. Po takiem szczepieniu ochronnem występują objawy, podobne jak w okresie początkowym żółtéj febry, jednakże po 48 godzinach ustępują. Wyniki szczepienia przeprowadzonego w czasie od roku 1883 do 1890 na 10.888 chorych są tak świetne, że rząd brazylijski wybudował własnym kosztem zakład do celów szczepienia służący. (*Wien. med. Blätter*, 1891, Nr. 12). *Dr. Beck.*

Terapija.

T. Stępniewski: **Tani termostat ogrzewany naftą lub benzyną z regulatorem wodnym eterowym lub powietrznym.**

Termostat ten prostą konstrukcyją i przystępną ceną ma ułatwić badania bakteryjologiczne ogółowi lekarzy. Idąc za przykładem Sahlego i Ogniannikowa, zastosował autor do ogrzewania zamiast gazu płomień lampy naftowéj lub benzynowéj. Do regulowania ciepłoty służy śrubka poruszana za pomocą przyrządu automatycznego, którego główną siłą działająca jest słupek rtęci podnoszący się lub opadający w miarę [redacted]

W przypadkach kiły łagodnéj u ludzi z dobrym przewodem pokarmowym, podawanie rtęci *per os* będzie najwygodniejszą, a przytem i skuteczną metodą leczniczą, użyć więc jéj powinniśmy zawsze tam, gdzie się nam nie spieszy. Wcierania jakoteż wstrzykiwania podskórne działają szybcéj i energiczniéj, mają też i tę wyższość przed wewnętrznem podawaniem, iż rtęć w ten sposób stosowana nie dostaje się do krążenia bramnego a zatem omija wątrobę. Niektórzy syfilidologowie stosują także leczenie plastrowe. Na pewną część ciała przykładają plaster rtęciowy, który kilka dni, a nawet i tygodni na miejscu pozostawiają. Plaster nietylko działa miejscowo, ale i ogólnie, pewna bowiem ilość rtęci dostaje się do ogólnego obiegu. Metoda ta nadaje się w leczeniu dzieci, ilość bowiem wchłoniętego metalu jest dość małą. Kąpiele sublimatowe wobec skóry całéj i zdrowéj są bezcelowe, bo tylko w razie owrzodzeń jéj o resorbcyi rtęci mowa być może. Energiczniéj aniżeli wcierki działają według Langa podskórne, a raczéj miąższowe wstrzykiwania przetworów rtęciowych nierozpuszczalnych. Najuporczywsza kiła przy tym sposobie leczenia ustępuje z błyskawiczą szybkością. Kalomel, *Hg. praecipt. flavum* i *rubrum* są najskuteczniejsze, lecz wywołują silną miejscową reakcyję i ból. *Hg. oxydl. nigrum*, *salicylicum* i *thymolaceticum* reakcyi nie wywołują, lecz jako przetwory łatwo się rozkładające do każdéj injekcyi świeżo robione być winny. Wyjątkowe miejsce zajmuje *Ol. cinereum*, reakcyi bowiem nie wywołuje i jest przetworem trwałym. Zastanawiając się nad tem, któréj z tych metod w danym razie użyć, odpowiedzieć winniśmy wpierw na pytanie, po któréj z nich najrzadziéj występuje recydywa. Lang opierając się na długoletniem doświadczeniu, hołduje zdaniu, że im kuracyja rtęciowa była łżejszą, tem recydywy rzadsze i słabsze. Po przeładowaniu organizmu rtęcią możliwe recydywy przeważnie są ziośliwéj natury. Dlatego też w kile świeżéj plamistéj i przy zmianach na błonie śluzowéj leczy wewnętrznie. Przy umiejscowieniu się kiły w układzie nerwowym, w oku lub w innych szlachetnych organach leczy wcierkami i wstrzykiwaniami szaréj oliwy. Przeciw kile galopującéj, rozpadowéj wstrzykuje kalomel. W przypadkach pojedynczo występujących produktów kiły leczenie miejscowe wystarczyć powinno. Autor przekonał się, że jednorazowe wstrzyknięcie w takie miejsce 0·03 cm. 50% oliwy szaréj wystarcza do wyleczenia miejscowéj zmiany. (Z rozprawy téj, ogłoszonéj na X. zjeździe lekarzy w Berlinie, przekonywamy się, iż Lang należy do umiarkowanych merkuryjalistów. Nie licuje jednak z tą wstrzemięźliwością polecanie i zachwalanie tak silnie działającego przetworu, jakim jest *Ol. cinereum*. Według Kaposiego mięszanina ta wywołuje ostrą hydrargyrozę, a w jednym przypadku przez Kaposiego ogłoszonym, nawet śmierć sprowadziła. Wskutek ogłoszenia tego przypadku wywiązała się między tymi dwoma syfilidologami dość cierpka polemika. Patrz: *Prof. Kaposis Mittheilungen über einen lethal verlaufenen Fall nach Ol. cinereum Injectionen von Prof. Lang. Wr. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 43. Przyp. Sprawozdawcy). (Odbitka z *Centrblatt. f. d. g. Th.* 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Oestreicher (Berlin): **Zakażenie wrzodem twardym podczas golenia.**

Na posiedzeniu tow. dermatolg. berlińskiego d. 5 listopada 1889 roku przedstawił Oestreicher 30-letniego chorego z wysypką guzkowo-plamistą rozprzestrzenioną po całem ciele, połączoną ze znacznem powiększeniem gruczołów limfatycznych, kłykcinami sączącemi na podniebieniu miękkiem i wypadnięciem włosów. Chory zaprzeczał, jakoby kiedy kiłę przechodził, a dokładne badanie części rodnych dało wynik ujemny. Po dokładnem zbadaniu twarzy znaleziono w okolicy brody małą bliznę, która miała wielkie podobieństwo do zgojonego wrzodu twardego i po téj stronie gruczoły podszczękowe najsilniéj powiększone. Wówczas dopiero przypomniał sobie chory, że przed kilku miesiącami został w tem miejscu przez golarza brzytwą zacięty. Ten, jakoteż podobny przypadek ogłoszony przez Feibesa w Nrze 23 *Berl. klin. Wschft.* jest żywem upomnieniem dla władz policyjno-sanitarnych, ażeby ścisłą kontrolę rozpostarły nad golarniami. (*Berl. kl. Wschft.*, Nr. 3, 1890). *Dr. Kurasiewicz.*

Bulkley (New.-York): **Kilka uwag klinicznych o świerzbiączce** (*Pruritus*).

Pruritus można określić jako zboczenie czynnościowe składników nerwowych skóry, następstwem którego jest swędzenie niezawisłe od miejscowego podrażnienia lub zranienia. Na 5000 przypadków chorób skórnych widział B. 80 przypadków *Pruritus*, czyli 1·75%. Między temi było 30 ko-

biet a 50 mężczyzn. W większéj liczbie przypadków istniała przewlekła choroba, jak dna, białkomocz. przewlekły nieżyt oskrzeli albo wyraźne oznaki zmniejszonéj żywotności tkanek. W niektórych przypadkach osiągnięto przemijające polepszenie, w innych leczenie było bez skutku. B. sądzi, że w niektórych przypadkach choroba jest następstwem działania odruchowego. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, rocz. XX.).

Dr. Baschkopf.

Medycyna wewnętrzna.

E b s t e i n i S p r a g u e: **Zastosowanie lecznicze piperazyny** (*piperazinum*).

Z badań dotychczasowych środek ten znany jest nietylko jako posiadający własność rozpuszczania w zwykłéj ciepłocie wielkich ilości kwasu moczowego (1:2), lecz także tworzący nawet przy nadmiarze kw. moczowego obojętny, łatwo rozpuszczalny moczan. Jedna część takiego moczanu piperazynowego rozpuszcza się przy 17° C. w 50 cz. wody. Jeżeli się zważy, że rozpuszczalność moczanu litowego przy 19° C. jest 1:368, że więc moczan piperazynowy jest przynajmniéj 7 razy łatwiéj rozpuszczalny niż moczan litowy, daléj że piperazyna nie działa ani żrąco ani trująco, to *a priori* musimy dać pierwszeństwo środkowi temu wszędzie, gdzie zachodzi potrzeba stosowania środków rozpuszczających kwas moczowy.

Autorowie badali tylko wpływ piperazyny na przemianę materyi u człowieka niedotkniętego dyjatezą moczową, podając mu ją w dawce dziennéj 1—3 gr. Jakkolwiek badania te nie potwierdziły autoobserwacyi pewnego francuskiego lekarza, który spostrzegał u siebie zmniejszenie ilości kwasu moczowego o $^1/_3$ w moczu a natomiast wzmożenie ilości mocznika, to jednak wykazały, że osoba badana znosiła piperazynę bez szkody dla ustroju. Środek ten zatem, tak łatwo rozpuszczający kwas moczowy, zasługuje ze wszechmiar na to, aby podjęto ścisłe badania pod względem jego działania w dyjatezie moczowéj. (*Berl. klin. Wochen.*, 1891, Nr. 14).

Dr. Beck.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 23 marca 1891 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. K o r c z y ń s k i. — Obecnych członków 9.

1) Uchwalono zawezwać jednego z fabrykantów, ażeby jaknajrychléj obniżył cenę swych wyrobów poleconych przez Tow. lek. krak., gdyż cena nie odpowiada obecnéj wartości podobnych przetworów.

2) Postanowiono zachęcić jednego z aptekarzy krakowskich do fabrykacyi propeptonów na wzór zagranicznych przetworów pod nazwą: „Albumosen-Peptone".

3) Uchwalono zawezwać jedną z firm poleconych przez Tow. lek. krak. co do wyrobu przetworów leczniczych, aby przedłożyła pozwolenie władz na prowadzenie fabrykacyi.

4) W sprawie zbierania ziół lekarskich krajowych uchwalono odnieść się do krajowéj Komisyi dla popierania przemysłu domowego i rękodzielniczego o popieranie firm trudniących się zbiorem i sprzedażą na większą skalę krajowych wegetabiliów (PP. Domain w Ropczycach, Pawlikowski w Mielcu, Szybalski w Morawicy, Zieniewicz w Brzostoku, Zymirski w Lubaczowie), upraszać Zarząd kółek rolniczych o wydanie odezwy pouczającéj włościan o wartości i pożytku zbierania ziół lekarskich i zwrócić uwagę Tow. oświaty ludowéj na potrzebę wydania dla ludu broszurki o ziołach lekarskich krajowych i o sposobie ich zbierania.

5) Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie z r. 1890, nadesłane przez zarząd zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu. Ze sprawozdania tego wynika, że w sezonie ubiegłym ilość pokoi w 2 hotelach i 25 willach zakładowych wynosiła 408; gości kąpielowych było 1708; wydano kąpieli 26021; sprzedano wody 44666 flaszek, soli 1711 kg., ługu 358 litrów i mułu 978 litr. Najważniejszem zdarzeniem jest odkrycie przy wierceniu sposobem kanadyjskim w szybie górniczym „Skrzetuski" nadzwyczaj obfitego zdroju szczawy słono-alkaliczny jodo-bromowéj, który nazwano „zdrojem Emmy". Rozbiór chemiczny zdroju tego dokonany został przez Prof. Karola Trochanowskiego. Wynik rozbioru tego oddano do ocenienia podkomisyi balneologicznéj.

6) Po ponownem i dokładnem zbadaniu kapsułek leczniczych wyrobu aptekarza p. Maryana Zahradnika w Jezierny, które polecone zostały przez Tow. lek. krak. uchwałami z d. 4 grudnia 1888 i dnia 12 lipca 1890 r., komisyja przemysłowo-lekarska przyszła do przekonania, że wyroby te pod każdym względem wzorowe czynią zaszczyt krajowemu przemysłowi aptekarskiemu. Zasługują one na wszechstronne poparcie. To też uchwalono przedstawić je jeszcze raz na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. krak. P. Zahradnik wyrabia obecnie 83 gatunków kapsułek tak elastycznych jakoteż twardych, które w rozmaitych dawkach zawierają w sobie: balsam kopaiwowy, wyciąg kubebów, wyciąg paprotki, wyciąg granatu, tran, oléj rącznikowy, olejek santałowy, paraldehyd, maść szarą, eter, ichtyol, balsam peruwiański, bromek kamfory, kreolinę, nitroglicerynę, gwajakol, kreozot, morrhuol, olejek terpentynowy i terpinol.

Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25. kwietnia. Uroczystość jubileuszowa Towarzystwa Pomocy naukowéj w Poznaniu rozpoczęła się d. 20 b. m. od nabożeństwa odbytego w kościele św. Wojciecha za duszę wielce zasłużonego założyciela Towarzystwa Dra Karola M a r c i n k o w s k i e g o. W środku kościoła ułożony był katafalk, przed którym zasiedli członkowie dyrekcyi Towarzystwa i komitetu jubileuszowego. Dalszych wiadomości dotychczas nie mamy, i nie doszła nas też książka pamiątkowa, wydana przez Dra Zielewicza. Komitet Tow. lek. krakowskiego jakoteż redakcyja „Przeglądu Lek." przesłały na ręce Dra W i c h e r k i e w i c z a drogą telegraficzną wyrazy hołdu dla Założyciela i życzenia dalszego poważania dla Towarzystwa Pomocy naukowéj.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. odbytem w dniu 22 b. m. przyjęto na czynnych członków Drów: G a w l i k o w s k i e g o Stanisława, P a l e c z n e g o Bronisława i W a c h h o l z a Leona, poczem prof. B r o w i c z przedstawił preparaty torbiela trzustkowego serca z szczeliną powstałą przy porodzie, przez którą krew do osierdzia się wlała i jelita grubego wraz z okrężnicą ze zmianami gruźliczemi, bez zmian równoczesnych w innych narządach. W dyskusyi zabierali głos proff. G l u z i ń s k i i M a r s. Dr. S o k o ł o w s k i przedstawił chorą z pierwotną zmianą kiłową na powiece górnéj, wreszcie pokazał Dr. W o j t a s z e k nowy przetwór przeciwgnilny (*sulfaminol*), przy- [redacted]

* W kierownictwie służby lekarskiéj wojskowéj zaszła w Austryi zmiana. Poważany powszechnie naczelnik jeneralny lekarz sztabowy Dr. Wacław H o o r, licząc zaledwie lat 66, przeszedł w stan spoczynku, otrzymawszy w uznaniu swoich zasług order Leopolda, a miejsce jego zajął jeneralny lekarz sztabowy i b. profesor szkoły józefińskiéj Dr. Józef P o d r a z k y, naczelnikiem zaś 14-go oddziału w Ministerstwie wojny został starszy lekarz sztabowy Dr. Karol K r a u s.

* Zakład szczepienia p. Haya we Wiedniu rozwija się pięknie. Z wykazu czynności za r. 1890 wynika: limfa tego zakładu przyjmuje się prawie zawsze, a rozesłano jéj w tym roku 83,200 porcyj. Uzyskano limfy z 91 cieląt; po raz pierwszy zaczęto używać w tym celu i kóz, które są wolne od gruźlicy, i zdaje się, że próba uwieńczoną została pożądanym skutkiem.

* W Londynie odbędzie się w d. 10—17 sierpnia r. b. 7-my międzynarodowy Zjazd dla hygijeny i demografii pod przewodnictwem X. Walii. Obecnie rozesłano już program sekcyi I-éj (dla medycyny zapobiegawczéj). Przedmiotami najważniejszemi, nad którą sekcyja ta obradować będzie, są: O zapobieganiu chorobom epidemicznym, dyfteryja, następstwa alkoholizmu. Z referatami zgłaszać się trzeba do 15 czerwca pod adresem: Dra Isambard Owen, 40 Cuyon Str. London 10., ze wszystkiemi innemi sprawami do Sekretaryjatu jeneralnego, 20 Hanover Sq. London W.

* W Krakowie w tygodniu 14-tym (5—11 kwietnia) było małżeństw 16, urodzin 66, skonów 50 (34·89), z tych z gruźlicy 13, z zapalenia płuc 8, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3, z duru brzusznego 2.

* Prymaryjusz Dr. Bogdanik w Biały zapowiedział na Zjazd krakowski rzecz „o zakładaniu opasek ustalających przy złamaniach kości", którą mieć będzie w sekcyi chirurgicznej.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Docent prywatny Dr. Gustaw Kabrhel mianowany został nadzw. profesorem hygijeny w Wydziale czeskim. — **Berno** szwajcarskie. Prof. nadzw. Dr. Tschirsch mianowany zwyczajnym profesorem farmakognozii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Elsner i Bolesław Komorowski z Krakowa, Leon Piotrowski z Krywki, Abraham Millet z Dąbrowy i Herman Vorzimmer z Krynicy w Galicyi.

* **Nekrologija.** Dr. Józafat Komar, liczący lat 40, lekarz miejski i sądowy, umarł w Pilznie.

Komisyja przemysł. lek. Tow. lek. krak. podaje do wiadomości Kolegów, że w bieżącym sezonie kąpielowym praktykować będą w Zdrojowiskach i Uzdrowiskach polskich następujący lekarze:

22. *Żegiestów.* Dr. Zgórski (lek. zakł.).
23. *Wysowa.* Dr. Natter.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Med.* Nr. 16: Pacanowskiego: Czy i o ile najnowsze zdobycze dyjagn. chorób żołądka wpłynęły na postęp leczenia tychże chorób?

Redakcyja otrzymała:

Prof. OBALIŃSKI: Zur modernen Nierenchirurgie (*Sammlung klinischer Vorträge* v. Volkmann Nr. 16). — Al. HOFFMANN: Die traumatische Neurose u. das Unfallversicherungs-Gesetz, *ibidem* Nr. 17 Er. BOERNER: Zur Aetiologie u. Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen, *ibidem* Nr. 18. — Proff. KORCZYŃSKI i JAWORSKI: Ueber einige bisher wenig berücksichtigte klinische u. anatomische Erscheinungen im Verlauf des runden Magengeschwürs und des s. g. sauren Magenkatarrhs. Sep. abd. a. d. *Deutchen Arch. f. klinische Medizin.* — Dr. Wład. BIEGAŃSKI: Dyjagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych (wydawnictwo *Gazety Lekarskiej*) Warszawa, 1891. — Dr. HEWELKE: Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc (odbit. z *Kron. Lek.*). Warszawa 1891. — Odczytów klinicznych wyd. przez Red. *Gaz. Lek.* seryi III. zeszyt 2, Nr. 26. — J. GROSSET: O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyniach oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności. Warszawa, 1891. — MINTZA: Einige Bemerkungen über die Methoden zur quantitativen Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalt. S. A aus der *Wien. kl. Woch.* 1891. — Wydawnictwo *Gaz. Lek.*: Odczyty Kliniczne, zeszyt 2, seryja III. — Dr. E. SULIMCZYK, ŚWIEŻAWSKI i K. WENDA: Wojciech Oczko, syfilidolog polski XIII. w. (odbitka z *Pam. Tow lek. Warsz.*) 1891. — Dr. HEWELKE: Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc (odb. *Kron. Lek.*), Warszawa, 1891. — Odczyty kliniczne wydaw. *Gaz. Lek.*, seryja VII., L. RYDYGIER: O leczeniu ran, Warszawa, 1891. Cena 30 r. p. — CIĄGLIŃSKI: Przyczynek do techniki mikroskopowej rdzenia i nerwów periferycznych (odb. z *Gaz. Lek.* V. XII. 1891 r. — E. MAJEWSKI: Słownik nazwisk zoolog. i botan. polskich. Tom II, zeszyt 6 i 7 od Aaron do Anacyclus oficin., Warszawa, 1891, in 4-to. — Dr. FILIPKIEWICZ: Cieplice trenczyńskie, Kraków, 1891, in 8-vo, str. 78. — Zakład dyjetetyczny Dra SKÓRCZEWSKIEGO w Krynicy, Kraków, 1891, in 8-vo str. 43. — JOHN u. FOULLON: Chem. Untersuchung d. 4 Trinkquellen von Luhatschowitz in Mähren (odbitka z *Jahrb. d. k. k. geolog. Reichsanstalt* 1890) Wien, in 8-vo maj, str. 29. — Sanatorium u. Wasserheilanstalt des Dr. Ludwig SCHWEINBURG in ZUCKMANTEL, Wien, in 8-vo str. 32. — Zakład wodoleczniczy i żętyczny w Jaworzu, Cieszyn 1891, in 12-vo str. 6. — Ośmnaste sprawozdanie komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z roku 1890, Kraków, 1890, in 8-vo str. 34. — J. ZAWADZKI: Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890), in 8-vo, str. 8. — Tenże: Urorozaina i jéj pochodzenie (odbitka z *Gaz. Lek.* 1891), in 8-vo, str. 4. — MOOREN: Die Sehstörungen und Entschädigungsansprüche der Arbeiter, Düsseldorf, 1891, in 8-vo, str. 78. — Dr. M. JAKOWSKI (w Warszawie): Ein ungewöhnl. Fall v. chron. Rotz b. Menschen (odbitka z *Zeitschr. f. klin. Med.* T. XVIII.) in 8-vo str. 17. — W. ZAJĄCZKOWSKI: Komentarz do VII-go wydania farmakologii austryjackiéj, zeszyt III. Lwów 1891, in 8-vo str. 63. — Dr. Leon KOPFF: Zakład zdrojowo-kąpielowy w Krynicy, Kraków, 1891, in 8-vo, str. 72 z rycinami. — Dr. ZGÓRSKI: Zakład zdrojowo-kąpielowy i stacyja klimatyczna Żegiestów, Tarnopol, 1891, in 8-vo, str. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 2 Maja 1891. Nr. 18.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza.

O rozmiękczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem

napisał
Dr. Stanisław Braun,
I-szy asystent téjże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 17.)

Kiedy dotychczasowe leczenie, jak kąpiele słone, przetwory żelazowe, wapniowe, fosforowe i ergotyna polecana przez Fehlinga, nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia, lecz najwięcéj do chwilowego polepszenia, polecił Fehling wycięcie jajników (*castratio*) jako środek skuteczny przeciw osteomalacyi. Dzisiaj na podstawie 20 przypadków osteomalacyi wyleczonych w ten sposób, uważa kastracyję za środek skuteczny i podaje teoryję, że osteomalacyja jest nerwicą troficzną kości, wyszłą od jajników drogą nerwu współczulnego. Czynność jajników zostaje nieprawidłowo podniesioną, co zresztą stwierdza mocne unaczynienie całéj okolicy jajników spotykane podczas operacyi i wywołuje drogą nerwu współczulnego prawdopodobnie zadraźnienie nerwów naczyniowych kości, t. zw. rozszerzających (*vaso-dilatatores*), następstwem czego powstaje znaczne przekrwienie żylne w kościach, krew z powodu utrudnionego krążenia zostaje przeładowana kwasem węglowym, który rozpuszcza sole wapniowe i fosforany krwi, które znowu zostają wessane i na zewnątrz wydzielone, a kości pozbawione soli wapniowych stają się miękkie i podatne. Z chwilą wycięcia jajników ustaje owa podnieta dla naczyń, które teraz ściągają się, obieg krwi staje się regularny, nadwyżka kwasu węglowego ustaje, sole wapienne osadzają się w kościach, które stają się znowu twardemi i niepodatnemi.

W przypadkach osteomalacyi rozwiniętéj poza ciążą ograniczał się Fehling do samego wycięcia jajników, w osteomalacyi t. zw. połogowéj radzi wykonać cięcie cesarskie według pierwotnéj metody Porry, t. j. wszyć szypułę po odcięciu macicy w dolny kąt rany brzusznéj. Zapuszczać szypułę do jamy brzusznéj, chociażby według metody Zweifla opatrzoną, uważa za sprawę niebezpieczną, gdyż łatwo powstaje krwotok z szypuły, która jak cała macica ulega późniéj zwijaniu się połogowemu, przez co podwiązki się zwalniają.

Za pewniejszą metodę leczenia szypuły macicznéj uważa Fehling metodę Franka podaną w r. 1881, który radzi szypułę wynicować do pochwy, przez co nietylko mamy korzyści zaotrzewnowéj metody, ale omijamy wady metody śródotrzewnowéj, t. j. zakażenia i krwotoku.

Obok tego postępowania Fehlinga istnieją jeszcze inne metody: Podczas gdy jedni uważają, że wycięcie macicy i jajników, co znowu pierwszy wykazał Karol Braun, wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi, drudzy sądzą, że wycięcie tylko jajników leczy osteomalacyję, to inni są wreszcie tego zdania, że samo wycięcie macicy wpływa korzystnie na przebieg choroby. Reuss miał nawet wyleczyć osteomalacyję przez wykonanie samego cięcia cesarskiego zachowawczego. Ponieważ w takich spornych sprawach jedynie tylko zestawienie statystyczne może rozstrzygnąć, która z danych metod jest najwłaściwszą, dlatego pozwoliłem sobie zabrać głos w téj sprawie, aby wykazać, że w przypadkach osteomalacyi połogowéj daleko posuniętéj wycięcie jajników po wykonaniu cięcia cesarskiego zachowawczego działa korzystnie na osteomalacyję.

W ciągu roku 1890 zdarzyły się w klinice położniczéj prof. Dra M. Madurowicza 2 przypadki rozmiękczenia kości, w których postanowił prof. Madurowicz wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, a to głównie dla wyświecenia sprawy, czy samo wycięcie jajników bez macicy leczy osteomalacyję, czy dopiero wy-

cięcie macicy i jajników wpływa korzystnie na dalszy rozwój choroby. O ile te dwa przypadki potwierdziły jego zapatrywanie, że samo wycięcie jajników zupełnie wystarczy do wyleczenia osteomalacyi, niechaj sami szan. Czytelnicy zechcą łaskawie rozstrzygnąć z przedstawienia przedmiotowego obu przypadków.

Pierwszy przypadek dotyczył izraelitki z Kolbuszowy, lat 37 liczącéj, zamężnéj, która przewieziona z Kolbuszowy do kliniki położniczéj 1 lipca 1890 r., podaje, że rodziła przedtem 4 razy, ostatni poród odbył się prawidłowo przed 7 laty, dzieci rodziły się siłami natury żywe i donoszone. Od ostatniego porodu czuje się niezdrowa, dokuczają jéj bóle w całem ciele, które wystąpić miały najpierw w miednicy, późniéj przeniosły się na klatkę piersiową i kończyny tak, że w ostatnich miesiącach chora z trudnością poruszać się mogła. Obecnie jest po raz piąty w ciąży, ciąża trwa 10 miesięcy księżycowych, przed 4 dniami wystąpiły bóle porodowe bardzo mocne, wody płodowe odpłynęły z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowéj. Z powodu przeciągania się porodu wezwano kol. Dra Filewicza, który znalazł znaczną przeszkodę porodową w miednicy i odesłał chorą do kliniki położniczéj w Krakowie.

Podczas badania przedmiotowego znaleziono zwykły obraz osteomalacyi: osobę średniego wzrostu, bladą, wychudłą, o zanikłéj podściółce tłuszczowéj, tętnie drobnem, ciepłocie niepodniesionéj, z brzuchem obwisłym, wypuklonym przez macicę mocno ku przodowi przechyloną, odpowiadającą końcowi ciąży, zawierającą płód żywy, donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem. Dolny odcinek macicy był bardzo wyciągnięty i w swoich ścianach ścieńczały, oddzielony od trzonu wyraźnie pierścieniem zwężającym Schroedera, położonym w wysokości pępka. Badanie przez pochwę było wielce utrudnione, raz z powodu mocno odchylonych części rodnych ku tyłowi, powtóre, że szpara sromowa przedstawiała się w postaci szczeliny wązkiéj, drożnéj zaledwie dla palca. Spojenie łonowe sterczało w postaci dzióba mocno ku przodowi i na lewo. Pochwa była bardzo rozpulchniona, szeroka, część pochwowa zanikła, ujście rozszerzone na wielkość talara; pęcherz płodowy pęknięty, a nad ujściem macicy i wchodem miednicy główka zbaczająca więcéj na lewo z małem przedgłowiem. Podczas obmacywania jamy miednicy stwierdzono głównie, że wzgórek kości krzyżowéj leży poniżéj płaszczyzny wchodu i sterczy mocno ku przodowi; w części środkowéj w okolicy 2. kręgu jest mocno kość krzyżowa ku tyłowi wygięta, co od zewnątrz bardzo dobrze się uwidocznia przez garb kości krzyżowéj; kość ogonowa zaś z dolną połową kości krzyżowéj jest mocno ku przodowi nachyloną. Panewki biodrowe, szczególnie lewa są mocno wypchnięte ku wewnątrz, a po stronie lewéj *distantia sacro-cotyloidea* równa się 2 ctm. Pomiary miednicy wykazały: *distantia spin. 21, dist. cr. 26, dist. troch. 24, conjugata exter. 18. conjugata vera 8, conjugata diagonalis* $9^1/_2$.

W obec trwania porodu przez 4 dni i porodowych bolów silnych nie można się było spodziewać, że poród w danym razie odbędzie się siłami natury. Wprawdzie Hugenberger wykazał, że nawet w osteomalacyi daleko posuniętéj może się poród odbyć siłami natury, gdyż kości miednicy osteomalatycznéj zwykły poddawać się pod uciskiem postępującéj czaszki płodu, lecz w danym przypadku, gdyby ta okoliczność mogła nastąpić, to poród byłby się już dotąd zapewne ukończył z powodu silnych bolów. Znać zatem, że w danym przypadku kości miednicy były albo jeszcze za mało rozmiękczone, czyli była dopiero rozwijająca się choroba, lub że kości przedtem rozmiękłe i w wysokim stopniu zniekształcone stały się znowu twardemi, czyli mieliśmy do czynienia z ustępującą dobrowolnie osteomalacyą. Że raczéj był początek choroby niż koniec, świadczyły o tem wywiady, chora bowiem podaje, że bóle w kościach są coraz to silniejsze, podczas gdy w chwili ustępowania osteomalacyi bóle łagodnieją.

Pytanie najbliższe pozostające do rozstrzygnięcia było, w jaki sposób matkę rozwiązać. W obec ogólnego, niejednostajnego ścieśnienia miednicy, a szczególnie w wymiarach poprzecznych i to tak znacznego stopnia, nie można się było spodziewać, że będzie można wydobyć płód żywy drogą naturalną. Pozostawało zatem albo główkę płodu wymóżdżyć lub dla uniknięcia wymóżdżenia płodu żywego wykonać cięcie cesarskie. Według rady Fehlinga i Kleinwächtera należało wykonać tę operacyję metodą Porry, jakkolwiek w przypadku Fochiera po cięciu cesarskiem według Porry miały po niejakim czasie wystąpić bóle, jakie były przed operacyją.

Prof. Madurowicz postanowił wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jakiego to postępowania nikt dotąd nie wykonał, głównie dla doświadczenia, czy samo wycięcie jajników wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi. — W tym celu przystąpiono dnia 1 lipca z. r. do operacyi po dokładnem oczyszczeniu rodzącéj przez cieple kąpiele, zmywanie brzucha za pomocą wody mydlanéj, sublimatu $1^0/_{00}$ i eteru.

Wykonał operacyję prof. Madurowicz według zwykłéj mody. Rozcięto powłoki brzuszne na 25 ctm., poczynając cięcie 3 palce nad pępkiem i kończąc takowe 2 palce nad spojeniem łonowem. Potem wytoczono przed powłoki brzuszne guz maciczny i zespojono tymczasem za macicą powłoki brzuszne dwoma szwami jedwabnemi. Ponieważ dolny odcinek macicy był tak znacznie rozszerzony, że pierścień Schroedera sięgał dwa palce pod pępkiem, dlatego po ściągnieniu szyjki za pomocą ręki rozcięto szczyt dna macicy i przednią powierzchnię macicy aż na 1 ctm. od pierścienia Schroedera. W ranę macicy wpukliło się łożysko, położone na przedniéj ścianie macicy, które odłączono częściowo i wydobyto płód płci żeńskiéj długości 52 ctm., wagi 3180 gr., z obwodem główki prostym 32 ctm. wynoszącym. Po wydobyciu popłodu wymyto jamę macicy gąbką zamaczaną w 5% kwasie karbolowym, poczem zespojono ranę maciczną dwoma szeregami szwu ciągłego katgutowego, łącząc jednem piątrem szwu warstwę mięsną, drugiem samą otrzewnę. Następnie po poprzedniem podwiązaniu *mesovarium* wycięto oba jajniki. Jelita z jamy Douglasa i macicę odprowadzono do brzucha, przykryto takową siecią jelit, jakby fartuszkiem, poczem zamknięto 3 ściegowym szwem powłoki brzuszne. Dalszy przebieg po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia. Przebieg od samego początku do końca był aseptyczny, odchody połogowe zachowywały się prawidłowo, jakkolwiek odchody czerwone utrzymywały się dłużéj niż zwykle. Zwijanie się macicy było powolne, zwłaszcza w podłużnym kierunku; podczas gdy macica była prawie prawidłowéj szerokości, to dno sięgało jeszcze w 3 tygodniu połogu na 2 palce nad spojenie łonowe.

Ruchomość macicy od przodu ku tyłowi była jeszcze w dniu wyjścia upośledzona z powodu zrośnięcia się macicy z powłokami brzusznemi. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost.

Co do bolów kostnych, to takowe już w parę dni po operacyi były znacznie mniejsze, w 10 dni ustąpiły z miednicy, w 3 tygodnie z klatki piersiowéj, a przy wyjściu uczuwała chora jeszcze ból w kończynach, który miał według łaskawego doniesienia kol. Dra Filewicza, za co mu składam uprzejme podziękowanie, zupełnie ustąpić tak, że chora może się teraz oddawać pierwotnemu zajęciu i pracy. W tym przypadku jest widoczny skutek po wycięciu jajników, bo ustąpienie bolów i stwardnienie kości niczemu innemu przypisać nie można.

Drugi przypadek, daleko cięższy i więcéj skomplikowany, dotyczy wieśniaczki T. K., 28 lat liczącéj, zamężnéj, z Rączny, która przyjęta 2 listopada 1890 r. do kliniki położniczéj, podaje, że 1-sza regularność wystąpiła w 16 r. życia i była zawsze bardzo obfita, choć występowała co 4 tygodnie; od 6 lat jest zamężna, rodziła 3 razy, ostatni raz przed $1^1/_2$ rokiem; podczas gdy pierwsze dwa porody odbyła sama i w krotkim czasie, to poród trzeci trwał znacznie dłużéj i urodziła dziecko omdlałe, które ocucono. Obecnie jest

w ciąży po raz czwarty, ciąża już trwa 10 miesięcy księżycowych. W parę miesięcy po zamążpójściu doznała nagle dreszczy, bólu głowy i bolów we wszystkich stawach, przeleżała 3 miesiące w łóżku, później wstała i wkrótce zastąpiła. Bole te znowu wzmogły się podczas ciąży i stawały się coraz to gwałtowniejsze podczas każdéj następnéj ciąży. Obecnie bóle są tak gwałtowne i zajęły prawie całe ciało, że jest zmuszona leżeć od kilku miesięcy w łóżku. Podczas pierwszych 2 ciąży miała bóle w miednicy i klatce piersiowéj, w trzeciéj przeniosły się na kończyny, a podczas czwartéj, t. j. obecnéj, wzmogły się do najwyższego stopnia. Chora miała mieszkać przez długi czas w okolicy chłodnéj i wilgotnéj.

Badanie przedmiotowe wykazało: osoba długa 125 cm. blada, wychudła, jęcząca ciągle z powodu bolów prawie w całem ciele, szczególnie w kończynie dolnéj prawéj, która jest bolesna szczególnie, jeżeli się uciska staw kolanowy. Takowy jest mocno obrzmiały, fluktuacyja wyraźna, torebka wypełniona cieczą i bolesna podczas ucisku. Cała kończyna mocno przybliżona na wewnątrz (*adductio*) i zwrócona (*rotatio*) tak, że wewnętrzny brzeg stopy spoczywa na pościeli. Ucisk na staw biodrowy jest niebolesny, główka udowa jest umieszczona w panewce biodrowéj, krętarz mocno zwrócony ku przodowi, ruchy czynne w tym stawie są niebolesne i łatwe, podczas gdy ruchy w kolanie nawet bierne są upośledzone i bardzo bolesne. Pomiary wykazały długość obu kończyn jednakową. Na kręgosłupie w okolicy górnych kręgów piersiowych, wygięcie kolumny pacierzowéj na bok prawy, w okolicy kręgów lędźwiowych jest mocne wygięcie ku przodowi, a w okolicy 2. kręgu krzyżowego mocne wygięcie ku tyłowi. Łopatka biodrowa prawa wyżéj umieszczona i nieco ku tyłowi wysunięta.

Sutki bardzo małe wydzielają skąpą ilość kleju ciężarnych. Brzuch obwisły jest mocno wypuklony przez macicę mocno w dolnym odcinku rozszerzoną, sięgającą dnem poniżéj wyrostka mieczykowatego i oddalonem od spojenia łonowego na 36 ctm., podczas gdy pępek był zaledwie na 12 ctm. od spojenia łonowego oddalony. W macicy leżał płód żywy donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem.

Podczas badania przez pochwę znaleziono części rodne mocno odchylone ku tyłowi, szparę sromową wązką, spojenie łonowe sterczące mocno ku przodowi w postaci dzióba, pochwę szeroką, część pochwową utrzymaną, z brzegami ujścia zewnętrznego rozdartemi, z przewodem szyjki ku górze się zwężającym. Obmacywając jamę miednicy znaleziono wzgórek kości krzyżowéj mocno sterczący ku przodowi i obniżony, panewkę biodrową lewą mocno ku kości krzyżowéj zbliżoną tak, że zatoki krzyżowobiodrowéj lewéj prawie nie było, a *distantia sacro-cotyloidea sinistr.* równała się najwyżéj 2 ctm. Po stronie prawéj panewka biodrowa jest mniéj wpuklona i połowa prawa miednicy obszerniejsza. Kość krzyżowa w środku mocno wygięta ku tyłowi, a kość ogonowa zwrócona mocno ku przodowi.

Pomiary miednicy wykazały: *dist. sp.* $21^1/_2$, *dist. cr.* 22, *conjug. ext.* $16^1/_2$, *dist. troch.* $21^1/_2$.

Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznano miednicę osteomalatyczną, ścieśnioną w 3 stopniu, niepomiarową, oraz zapalenie stawu kolanowego prawego (*gonitis*) prawdopodpbnie na tle reumatycznem. Długość obu kończyn dolnych jednakowa, ruchy czynne w stawie biodrowym prawym niebolesne, ucisk na torebkę stawową niebolesny, panewka biodrowa wypełniona główką udową pozwala wykluczyć sprawę zapalną w stawie biodrowym prawym, jakkolwiek ułożenie kończyny, powyżéj opisane, na pierwszy rzut oka wydawało się pochodzić ze sprawy zapalnéj stawu biodrowego lub zwichnięcia kulszowego. Jednak sprawa zapalna, chociaż w stawie kolanowym, nie pozostała bez wpływu na dalszy kształt miednicy rozmiękłéj. Chora dla bólu w kolanie prawem nie używała przez długi czas kończyny prawéj, chodziła głównie na kończynie lewéj, wskutek czego panewka biodrowa lewa zbliżyła się znaczniéj ku kości krzyżowéj, podczas gdy prawa wpuklona jest zaledwie do wnętrza miednicy, daléj lewa połowa miednicy jest znacznie pomniejszona, podczas gdy prawa jest znacznie większą, spojenie łonowe nie jest naprzeciw kości krzyżowéj, lecz przesunięte więcéj na prawo, gałąź wstępująca kości siedzeniowéj lewéj więcéj jest wypuklona na zewnątrz niż prawa, wreszcie mamy na kręgosłupie wygięcie na bok prawy, czyli jednem słowem mówiąc, mamy w danym przypadku nie tylko zmiany, jakie zwykle wywołuje rozmiękczenie, ale i zmiany, jakie powstają, ilekroć jedna z kończyn jest mniéj używaną niż druga, bez względu na to, czy dla sprawy chorobowéj w stanie biodrowym lub w kolanowym. Mamy zatem miednicę ścieśnioną nietylko w wymiarze prostym i poprzecznym, ale i ukośnym prawym i to w wysokim stopniu.

Oznaczywszy stopień i jakość ścieśnienia, nietrudno było zadecydować, jak się będzie potrzeba zachować w obec rodzącéj. Ścieśnienie tak znaczne nie pozwalało myśleć o porodzie siłami natury płodu żywego, jakkolwiek wiemy, że w osteomalacyi nie odgrywa roli stopień ścieśnienia, tylko okoliczność, czy kości są woskowo podatne, czy twarde. — W pierwszym razie możnaby się spodziewać nawet porodu siłami natury, ale w obec tego, że w danym przypadku były kości twarde, trzeba było rozstrzygnąć, czy w danym razie wykonać wymóżdżenie choćby płodu żywego, czy cięcie cesarskie. Ze względu zaś na życie płodu zdecydowaliśmy wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, zachęceni świetnym wynikiem w pierwszym przypadku.

Kiedy 4 listopada 1890 r. wystąpiły bóle porodowe i część pochwowa zanikła, wykonałem, dzięki nieocenionéj dla mnie życzliwości prof. Madurowicza, cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników w ten sam sposób, jak to prof. Madurowicz wykonał tę operacyję w I szym przypadku. Wydobyto płód płci żeńskiéj, donoszony, omdlały, ale docucony późniéj.

Przebieg po operacyi był zupełnie dobry. Ciepłota była normalną, tętno regularne i spokojne, odchody prawidłowe, rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost, macica zwijała się powoli i jeszcze w dwa miesiące po operacyi była wybadalna nad spojeniem łonowem i zrośnięta z powłokami brzusznemi.

Bóle w kościach już w 2. tygodniu ustąpiły z wyjątkiem stawu kolanowego prawego, który jest obrzmiały i bolesny, przeciw czemu stosowano *natr. salicylicum*, kąpiele słone, smarowanie jodyną i okłady wysychające. Późniéj przeniesiono chorą dla bolu w stawie kolanowym do kliniki chirurgicznéj, gdzie założono przyrząd ekstenzyjny Volkmanna. Nogi przedtem zbliżone do siebie dały się odsunąć od siebie i wyprostować, obrzęk w kolanie znacznie się zmniejszył. Kiedy to piszę, chora jeszcze zostaje w klinice chirurgicznéj w dalszem leczeniu.

Jeżeli teraz rzecz krytycznie bez uprzedzenia ocenimy, to musimy przyznać, że w naszych dwóch przypadkach została osteomalacyja wyleczona przez wycięcie jajników i jakkolwiek ilość przypadków obserwowanych jest skąpą, przecież uprawnia nas do następujących wniosków:

1) tłomaczenie Fehlinga patogenezy osteomalacyi, jakoby osteomalacyja była nerwicą troficzną kości, zawisła od jajników, jest najwięcéj do prawdy zbliżone;

2) twierdzenie Fehlinga, że samo wycięcie jajników leczy osteomalacyję, jest uzasadnione;

3) sposób podany przez prof. Madurowicza, t. j. cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jest w osteomalacyi u rodzących sposobem rozwiązania łatwym, odpowiednim, a zarazem wystarczającym do wyleczenia osteomalacyi;

4) cięcie cesarskie według Porry w podobnych przypadkach jest tylko wtedy wskazane, jeżeli zachodzi powi-

kłanie z nowotworem lub zakażeniem połogowem, albowiem cięcie zachowawcze z wycięciem jajników jest, jak to statystyka wykazuje, zabiegiem lepsze dającym wyniki.

II. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego.

(Le traitement a l'air libre. — Permanente Freiluftcur).

Podał

Dr. W. Jaworski,

profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Chorzy z plwocinami krwawo ubarwionemi, lub ze skłonnością do krwotoków płucnych narażają się przez długie przechadzki lub wspinanie się po górach na wielkie niebezpieczeństwo, które zmniejsza się znacznie przez spokojne siedzenie na wolnem powietrzu. Chorych gorączkujących pozostawiano dotąd zwykle w pokoju w łóżku. Obecna metoda pobytu na wolnem powietrzu dozwala takowym używać korzyści świeżego powietrza. Dettweiler pozostawia chorych z cieplotą podgorączkową (38·3°) na terasach, dopiero gdyby się ciepłota wyżéj wzmagała, każe im się kłaść do łóżka w pokoju. Dla chorych w początkowym okresie gruźlicy, lub też i w dalszym, lecz przy dobrem jeszcze odżywieniu przechadzka i ruch na wolnem powietrzu są bezsprzecznie bardzo korzystne; lecz muszą być w miarę użyte i do pewnéj ilości godzin ograniczone. Po przechadzce potrzebuje chory wypoczynku, a zamiast pójść do pokoju mieszkalnego, jak to zwykle dotąd bywa, udaje się na terasę lub do pawilonu na swój stołek, i w ten sposób przez cały dzień z wyjątkiem nocy żyje na wolnem powietrzu.

Pobyt na wolnem powietrzu ma nietylko tę jednę dobrą stronę, którą wyżéj podniosłem, ale jeszcze wiele innych, które we większym lub mniejszym stopniu na przebieg gruźlicy płuc korzystnie wpływają. Dłuższe utrzymywanie chorych w pokoju, a szczególniéj w łóżku, sprawia przygnębienie umysłowe, ociężałość ogólną, a przedewszystkiem brak łaknienia, wskutek czego dobre odżywianie staje się utrudnionem. Przez pobyt na powietrzu wolnem wszystkie te objawy zwykle ustępują, odżywienie się podnosi, a z niem odporność tkanek przeciw zajęciu zdrowych miejsc przez drobnoustroje, jakoteż skłonność do zagojenia miejsc chorobowo zmienionych. Na czem powyższa różnica we wpływie powietrza pokojowego a wolnego na ustrój polega, dokładnie odpowiedzieć nie można. Należy jednak uwzględnić tę okoliczność, że w powietrzu pokojowem brak czynników podniecających powierzchnię skóry a pośrednio układ nerwowy. Takim czynnikiem jest n. p. ruch drobinowy powietrza wolnego. Odbywa on się stale w powietrzu atmosferycznem, chociaż go powierzchnia ciała nie zawsze odczuwa. Pettenkofer podaje, że powierzchnia ręki odczuwa prąd powietrza dopiero wtenczas, jeżeli chyżość jego wynosi $^1/_2$—1 metra na sekundę. Nieobojętne bodźce dla skóry, a pośrednie dla układu nerwowego stanowią zmienność wilgoci i elektryczność powietrza wolnego. Problematyczny zaś jest wpływ ozonu, który w wolnem powietrzu się znajduje, w mieszkaniach zaś według licznych doświadczeń Wolffhügela zupełny brak tegoż. Obecność jednak ozonu w powietrzu jest pożądaną, gdyż stanowi on miarę czystości powietrza atmosferycznego, niszcząc ciała organiczne w niem w zawieszeniu będące. Może wreszcie pewne ciała lotne wydalone przez płuca i skórę nagromadzają się w mieszkaniu chorego, a wdychiwane napowrót wywolują przypadłości nerwowe i brak łaknienia. Brown-Séquard i d'Arsonval wykazali bowiem, że woda, przez którą się przepuszcza powietrze wydychane, wstrzyknięta królikowi podskórnie działa trująco, zawierając toksyny. Z drugiéj strony nie można pominąć téj okoliczności, że u gruźliczych produkty rozpadu ciągle ulegają wessaniu, a będąc silnemi truciznami, mogą także wywołać przypadłości nerwowe i zaburzenia w trawieniu. Aby w suchotach płucnych brak łaknienia pochodził ze swoistych zmian anatomicznych żołądka, jest rzeczą bardzo nieprawdopodobną. Brak kw. solnego, nieżyt żołądka i t. p. dostrzeżone przez Rosenheima w kilku przypadkach gruźlicy nie dowodzą jeszcze niczego, gdyż one mogły się znajdować jeszcze przed zakażeniem gruźliczem. Że gruzlica nie zawsze wywiera ujemny wpływ na chemizm trawienia, dowodem są przypadki gruźlicy płuc z kliniki prof. Korczyńskiego, w których obserwowano nawet zwiększone wydzielanie soku żołądkowego w różnym stopniu.

Jak każde metodyczne lekowanie, tak i leczenie na wolnem powietrzu może przejść w szablonowy pedantyzm i przesadę, polegającą na trwałem więzieniu chorego na stołku. Racyjonalny lekarz będzie umiał indywidualizować i każdemu choremu, o ile na to stan chorobowy i każdodzienna pogoda pozwalają, poleci także przechadzki bądź po równinie, bądź też po górach. A to tem więcéj, że doświadczenie uczy, iż takowe sprzyjają wykrztuszaniu oczyszczającemu płuco od mas rozpadowych, zagrażających zakażeniem nowych partyj narządu. Brehmer też z przekąsem nadmienia, że opisany sposób używania powietrza wolnego wymyślili lekarze, którzy posiadają zakłady bez rozległych przechadzek. Z twierdzeniem zaś przesadnem tego samego autora, jakoby całe postępowanie żadnéj wartości nie miało, żadną miarą zgodzić się nie można.

Opisane leczenie na wolnem powietrzu praktykuje się obecnie w zakładach zamkniętych dla chorych na gruźlicę narządów oddechowych, a mianowicie w Görbersdorf na Szląsku pruskim w dwóch zakładach Dra Wolffa (dawniéj Brehmera) i Dra Römplera; w Reiboldsgrünn w Saksonii (Dr. Driver), w Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem (Dr. Dettweiler), w Davos w Szwajcaryi (Dr. Turban). Łatwo jednak pojąć, że takie samo postępowanie i urządzenie może zarządzić i lekarz domowy dla każdego pacyjenta, który mieszka albo w obszernym ogrodzie lub na wsi. W tym celu wystarczy wystawienie pewnego rodzaju altany w ogrodzie lub gaju, zwróconéj na południe, a zakrytéj od północy, bądź to domem bądź wysokiemi drzewami. Wszystkie ściany altany winny być ruchome lub zasuwalne, aby chorego w miarę każdorazowego prądu wiatru można ochronić. W téj według możności obszernie zbudowanéj i czysto utrzymywanéj altanie należy ustawić wyżéj opisany stołek podłużny lub w konieczności łóżko, stół, spluwaczkę wodą wypełnioną, jakoteż inne dla dogodności chorego potrzebne sprzęty. W pięknéj a ciepłéj porze roku można zastąpić podłużny stołek hamakiem przewiązanym między drzewami, jak to się praktykuje na wyspie Maderze.

Pobyt na wolnem powietrzu wymaga także pewnych ostrożności, a szczególniéj w miesiącach, w których pory

roku się przełamują; u nas w marcu i w kwietniu, jakoteż w październiku i w listopadzie. Wielu chorych doznaje w pierwszych dniach pobytu podrażnienia do kaszlu, szczególniéj jeżeli podczas dnia są większe wahania ciepłoty lub wiatr. Dlatego należy przez pierwsze dnie polecać pobyt tylko pod czas najcieplejszych godzin dnia, a skoro słońce zachodzi, kazać powracać do pokoju. Przytem ma chory we wolnem powietrzu oddychać tylko przez nos, a podrażnienie do kaszlu o ile możności przytłumiać. W miarę aklimatyzacyi należy pobyt z dnia na dzień przedłużać. Jako dobre przygotowanie chorego do pobytu na wolnem powietrzu stanowi zwyczaj spania przy otwartem oknie w sypialni podczas dnia dobrze przewietrzonéj, jak to się praktykuje w Niemczech południowych i w Szwajcaryi, gdzie sypialnie nawet w zimie najczęściéj nie bywają opalone. Rozumie się, że u chorych naszych postępować będziemy ostrożnie i stopniowo, polecając odchylać na noc skrzydło okna lub kwaterę, w miarę przyzwyczajenia się i pogody, przyczem także nocne poty chorego uwzględnić należy. — Słusznie upomina Onimus swoich chorych: „Otwórz sobie okno na noc, bo zdrowie przez nie wchodzi“. Należy daléj uważać na dobre okrycie chorego na wolnem powietrzu. Takowy powinien być stosownie do każdorazowéj ciepłoty powietrza atmosferycznego nakryty, we wyżéj opisany sposób, a przytem mieć na sobie oprócz stosownie ciepłego ubrania wierzchniego, kaftanik i spodnie flanelowe. Doświadczenie codzienne, jakoteż doświadczalne prace Rossbacha i Aschenbrandta, którzy przez stosowanie zimnych okładów na brzuch wywoływali u zwierząt bardzo silne nieżytowe przekrwienie w krtani, pouczają, że przyczyny nieżytu narządu oddechowego nie należy szukać we wdychaniu zimnego powietrza, lecz w oziębieniu skóry ogólnem lub miejscowem. Mniemanie też ogólnie rozpowszechnione, jakoby chorzy z gruźlicą płuc zimnego powietrza nie mogli znosić, uważają lekarze zakładowi jako nieuzasadnione. Na podstawie moich spostrzeżeń muszę się także do tego zdania przyłączyć, z tą jednak różnicą, że bywają pewne, aczkolwiek tylko nieliczne wyjątki, dla których wdychane powietrze zimne zostaje stale bodźcem do wywołania ostrego nieżytu, szczególniéj krtani. W ogóle jednak chorzy, chociaż pozornie na zimno najwrażliwsi, przyzwyczajają się w zakładach tak do pobytu w zimnem powietrzu, że pozostają bez żadnéj szkody np. w zakładzie Dettweilera przy —12° C., w zakładzie Turbana przy —15° C. podczas zimy na wolnem powietrzu. Skoro zaś chory uczuwa pierwsze objawy nieżytu nosowego lub krtaniowego, poleca Dettweiler, aby natychmiast położył się do łóżka na 1—2 dni i napił się ponczu lub innego środka napotnego; po wypoceniu zaś każe chorego na sucho dobrze wytrzeć i bieliznę zmienić. Tym sposobem, ewentualnie jeszcze przy pomocy wdmuchiwań proszku borowo-kokainowego do nosa lub krtani, można w samym początku wybuchowi nieżytu z jego dalszemi następstwami zapobiedz. Zajęcie nieżytowe dróg oddechowych podczas pobytu na wolnem powietrzu bardzo rzadko przytrafia się podczas suchego zimna wśród zimy, najczęściéj zaś na wiosnę lub w jesieni podczas wilgotnego, aczkolwiek nieznacznie zimnego powietrza, a szczególniéj podczas wiatrów. Najskuteczniéj działa pobyt na wolnem powietrzu w porze letniéj i sądziłbym, że możnaby w tym czasie chorych w praktyce prywatnéj pozostawiać na wolnem powietrzu nietylko przez dzień ale i przez noc, mianowicie w piękne noce czerwcowe i lipcowe, rozumie się pod nadzorem innéj osoby czuwającéj; tym sposobem możnaby zapobiedz częściowemu zobojętnieniu w ciągu nocy tego, co przez dzień uzyskano, czyli przeprowadzić w rzeczywistości trwały pobyt na wolnem powietrzu. Osobliwie nasza ludność wiejska tak do zimna i zmian ciepłoty przyzwyczajona mogłaby w stanach chorobowych przebywać w porze letniéj bez wielkich zabiegów dniem i nocą na powietrzu wolnem. Wiele innych jeszcze, na pozór drobnych, ale w swych skutkach ważnych szczegółów, jak np. hartowanie chorych gruźliczych przez nacierania, natryski, gimnastykę i t. d., któremi to środkami, jak słusznie zauważył H. Weber, lekarz może choremu więcéj dopomódz, niż puszczając go samopas w miejsca klimatyczne o wątpliwéj wartości, znajdzie Czytelnik opisane we wielce pouczającéj i praktycznéj pracy: „*Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Anstalten von Dr. P. Dettweiler*“. (2 marki.) (Dok. nast.)

III. Doświadczenia z limfą Kocha

w oddziale chirurgicznym szpitala św. Zofii we Lwowie

podał

Dr. H. Schramm.

(Dok. Patrz Nr. 17).

Zbierając wyniki z powyższych 17 przypadków przychodzę do następujących wniosków:

Limfa Kocha wstrzyknięta w odpowiedniéj dawce wywoływała u dzieci dotkniętych gruźlicą prawie zawsze odczyn ogólny w postaci gorączki i odczyn miejscowy w postaci objawów zapalnych w około schorzałego miejsca. Stopień tego odczynu nie był zawisły od rozległości wykazalnych zmian gruźliczych, bo na przykład u choréj Limy M., u któréj badanie nie mogło właściwie wykazać żadnych zmian gruźliczych, wystąpiła po 3 miligramach gorączka do 40° i bardzo silny odczyn miejscowy koło blizny, podczas gdy u Anny R. z rozległemi owrzodzeniami na ramieniu dopiero po 5 miligramach podniosła się ciepłota do 38°. Kiedy i w jakich warunkach występuje ta różnica działania limfy, czy to zależy od gorszego lub lepszego stanu odżywienia, czy może od obecności złogów gruźliczych niedostępnych badaniu n. p. w głęboko położonych gruczołach limfatycznych tego *a priori* powiedzieć nie można, dlatego należałoby zawsze zaczynać wstrzykiwanie od bardzo małych dawek. W pierwszych moich przypadkach, trzymając się zdania Kocha, że w chirurgicznéj gruźlicy przy zupełnie zdrowych płucach jako pierwszą dawkę można uważać 1 centigram, wstrzykiwałem dzieciom stósownie do wieku od 3 do 6 miligramów. Odczyn jednak prawie zawsze był tak gwałtowny, że późniéj zawsze zaczynałem od 0·5 do 1 miligrama, stopniując bardzo powoli i robiąc dłuższe przerwy aż do zupełnego przeminięcia odczynu tak ogólnego, jak i miejscowego.

Czas występowania reakcyi był rozmaity od 2 do 24 godzin. Powodu téj różnicy podać nie mogę, równie wytłumaczyć, dlaczego w jednych przypadkach gorączka trwała 3 do 4 godzin, w innych utrzymywała się przez 7 do 10 godzin, a nawet lubo w większym stopniu trwała czasem z remisyjami 2 do 3 dni.

Czas trwania podobnie jak stopień gorączki nie zawsze był zależny od rozległości miejsca gruźlicą dotkniętego i od siły wywołanego miejscowo odczynu zapalnego, być może, że

zależy to od większéj lub mniejszéj zdolności ustroju do wydalenia z siebie wstrzykniętego jadu. To tylko stwierdzić mogłem, że po stosowaniu większych dawek, jakoteż silniejszego skoku między jedną a drugą dawką gorączka trwała dłużéj i wolnie spadała, jakto miało miejsce n. p. u chorych S., P. i J.

Inne przypady jak nudności, wymioty, ból głowy, łamanie po kościach występowały często przeważnie po większych lub zbyt częstych dawkach, podobnie jak zauważana kilkakrotnie wysypka plamista, podobna do płonicowéj lub pęcherzykowa. Przypady te jednak nie doszły nigdy do niepokojącéj gwałtowności.

Zauważyć także muszę, że często nie mogłem stwierdzić tego szybkiego przyzwyczajenia się ustroju do wstrzykiwanéj limfy, nieraz musiałem po kilkakroć wstrzymywać się z stopniowaniem dawki, n. p. u Ruchli P. (Nr. 17) dawka 4 miligramów powtarzana 6 razy w przeciągu 16 dni wywoływała zawsze gorączkę blisko 40° i silne przypady ogólne, dopiero następnie można było przejść do stopniowania dawek tak, że w następnych 30 dniach doszło do 30 miligramów.

Co do znaczenia rozpoznawczego limfy Kocha, to u znacznéj części chorych wartość jéj pod tym względem się potwierdziła lubo mam przypadki, w których na samem działaniu limfy trudnoby oprzeć rozpoznanie, n. p. u P. (Nr. 9), u którego badanie kliniczne kazało rozpoznać rozpoczynające gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, nie wywołały ani 0·5 ani 1, ani 3 miligramy żadnéj reakcyi, ani ogólnéj, ani miejscowéj. Na dalsze injekcyje, któreby przecie może odczyn wywołały, matka dziecka się nie zgodziła.

U chorego K., cierpiącego na niegruźlicze owrzodzenie na udzie wywołała limfa Kocha wprawdzie gorączkę, ale bez odczynu miejscowego, co według zgodnych zdań różnych badaczy ma znacznie większe znaczenie rozpoznawcze niż sama gorączka.

Co do wartości leczniczéj limfy Kocha, to na podstawie mych doświadczeń muszę powiedzieć, że w gruźlicy tak zwanéj chirurgicznéj jest ona bardzo mała. Z przytoczonych wyżéj w skróceniu historyj chorób wynika, że w dwóch przypadkach wilka wynik na razie był bardzo zadowalający. Łuszczenie się guzków po każdorazowem wstrzyknięciu i po przeminięciu ogólnéj reakcyi była bardzo znaczna, zmiany ustępowały szybko, a u Ruchli T. przyszło nawet do zagojenia się owrzodzeń na podniebieniu i nagłośni. Niestety pomyślny ten stan trwał nie długo. Już w czasie dalszych wstrzykiwań przy coraz wyższem stopniowaniu dawek zaczęły występować nowe guzki tak w miejscu dawnych, jak i w okolicy, i stan miejscowy chorych był ostatecznie taki sam w chwili przestania wstrzykiwań, jak przy rozpoczęciu leczenia.

W siedmiu przypadkach gruźlicy kostnéj (6 razy z przetokami otwartemi, raz bez takowéj) nie mogłem osiągnąć żadnego dodatniego wyniku. Wprawdzie zdarzało się, że po kilkokrotnéj silnéj gorączce, wywołanéj przez wstrzyknięcie limfy, ilość wydzieliny z przetok się zmniejszała i że przetoka powierzchownie się zaciągała, wkrótce jednak otwierała się na nowo, a gdy ogólne odżywienie dzieci podupadało, zaprzestałem dalszych wstrzykiwań.

W czterech przypadkach owrzodzeń gruźliczych skóry nie mogłem również stwierdzić dodatniego działania limfy, owrzodzenia (sąsiednie gruczoły limfatyczne jak u chorego Helki Nr. 15) szerzyły się daléj, zaprzestałem więc i tu wstrzykiwań, a zwykłe leczenie, jak wyskrobanie owrzodzeń, lapis i maść lapisowa sprowadziły wnet prawie zupełne wyleczenie b z narażenia ogólnego stanu zdrowia.

W trzech przypadkach zapalenia stawu biodrowego nie mogłem dostrzedz korzystnego wpływu kochiny. U jednego nie było żadnéj reakcyi, u dwóch innych (Nr. 10 i 11) ani bóle ani ruchomość stawu się niepoprawiały, owszem w czasie odczynu ogólnego i w dniu następnym stan bywał znacznie gorszy, aby po przeminięciu reakcyi wrócić do dawnego. Odczyn zaś ten ogólny bywał tak gwałtowny, że ze względu na stan zdrowia musiałem zaprzestać dalszych prób w tym kierunku.

Jako jedyny pomyślny przypadek możnaby uważać chorą Nr. 3, u któréj owrzodzenie wywołane w bliźnie przez pierwszą injekcyję limfy, przy następnych wstrzykiwaniach zagoiło się na stałe.

Czyby jednak to małe ognisko z pewnością otorbione, gdyż blizna już od 29 dnia była zupełnie bladą, gładką i niebolesną, było się kiedykolwiek objawiło bez zadraźnienia go przez wstrzykniętą limfę, na to pytanie trudno rzeczywiście odpowiedzieć.

Wreszcie dodać muszę, że obserwując daléj dzieci, na których wykonywałem te doświadczenia, przychodzę do przekonania, że limfa Kocha czyni chory ustrój mniéj odpornym i słabszym. Prawie wszystkie dzieci leczone, u których robiono wstrzykiwania, mają się znacznie gorzéj, u dwojga, u Hani J. i Jana H., wystąpił naciek w płucach, którego poprzednio nie było, u Józefa P. zaś i u Grzegorza K. istniejące małe przytłumienia w szczycie znacznie i stale się powiększyły.

Okoliczność ta jakoteż fakt szybkiego występowania recydywy przy wilku, dowodzący, iż pozostałe przy życiu prątki gruźlicze mogą wywierać swe swoiste działanie nawet wśród wstrzykiwań limfy Kocha, rzuca też wielki cień na wartość ochronną tego środka.

W końcu niech mi wolno będzie wyrazić me podziękowanie kolegom Dr. Ziembickiemu i Wiczkowskiemu za uprzejme udzielenie mi limfy potrzebnéj do powyższych doświadczeń.

W lutym 1891 roku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Handbuch der speciellen Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe von Dr. C. F. Kunze und Dr. Fr. Schilling. Stuttgart 1890, str. 570, 7 złr. 20 ct.

Świeżo wydany podręcznik szczegółowego lecznictwa jest w swoim rodzaju pierwszym, jaki w literaturze niemieckiéj się ukazał, nie licząc całego szeregu drobnych *vademecum*, które większego znaczenia nie mają.

Znajdujemy w nim nietylko rzecz o leczeniu pojedynczych chorób i objawach tychże z zakresu całéj medycyny wewnętrznéj z włączeniem już chorób skórnych i kobiecych, lecz nadto krótką i treściwą wzmiankę każdéj choroby etyjologii, zmian anatomicznych, symptomatologii i profilaktyki, co zwłaszcza dla lekarzy praktycznych, nie mogących być zawsze *au courant* wszystkich odkryć i postępów w medycynie, jest niemałą wygodą i przypomnieniem punktów wytycznych w rozpoznawaniu chorób. Nie potrzebuję dodawać, że część profilaktyczna jest równie dobrze opracowana i oparta na najnowszych odkryciach bakteryjologicznych, jak i właściwa część lecznicza.

Wspomnieć też muszę o pewnych brakach, jakie tu i ówdzie zauważyłem, choć nie są one tak ważnemi, aby wartość książki mogły bardzo obniżyć. Tak np. przy lecze-

niu *adipositas* nie wspominają nic o dyjecie tłuszczowéj; twierdzą autorowie, że dur brzuszny zwykle kończy się krytycznie, podczas gdy wiemy z licznych obserwacyj, że najczęściéj kończy się *per lysin*. O *cholera nostras* zanadto pobieżnie traktują, podczas gdy przy pneumonii teoryja pneumokoków zajmuje 23 wiersze. Również za nadto krótko sprawiają się z *anaemia perniciosa*. Przy ostrych gośćcach stawowych nie wspomina nic o środkach takich, jak antifebrina, fenacetina, betol, które nieraz oddają znakomite usługi, przy przewlekłych zaś formach za mało uwzględniają masowanie i kąpiele siarczane. W blednicy, nawet wśród istniejącego wrzodu okrągłego żołądka (str. 2), polecają według Zandera podawanie kwasu solnego, co jest wprost przeciwnem nowszym badaniom, z których wynika, że właśnie u blednicowych sok żołądkowy obfituje zazwyczaj w kwas solny, a więc go tembardziéj jeszcze unikać należy, kiedy są przypady okrągłego wrzodu żołądka.

O naszych autorach wspominają autorowie w kilku miejscach, zwłaszcza w dziale chorób żołądkowych (proff. Korczyński i Jaworski), jakkolwiek widać zapatrywań nowszéj szkoły nie podzielają, podając pod jednym rozdziałem przewlekły nieżyt żołądkowy, nie rozróżniając kwaśnego nieżytu od śluzowego. Nie wiedzą też o tem, że pierwszy Moczutkowski podał sposób wieszania chorych w Tabes, mylnie przypisując pierwszeństwo Charcotowi.

Pomimo tych jednak usterek, książka ta zwięźle i interesująco napisana, przedstawia tyle zalet, że śmiało ją można polecić każdemu lekarzowi praktycznemu.

Dr. J. Surzycki.

Chirurgija.

Landerer: **Postępowanie przy złamaniu kości.**

Autor dowodzi, że w nowszych czasach leczenie niepowikłanych złamań kości uległo znacznym zmianom, a możemy teraz leczyć złamania kości w krótszym czasie i zna-[redacted]

Choroby skórne i weneryczne.

Fournier: **O leczeniu dzieci dotkniętych kiłą dziedziczną.**

1) Pozornie zdrowe dziecko ojca kiłowego nie potrzebuje leczenia swoistego, ponieważ kiłę ojca mniéj łatwo się dziedziczy niż kiłę matki. 2) Zdrowo urodzone dziecko matki już od dłuższego czasu kiłowéj, która podczas ciąży objawów kiły nie okazywała, również nie wymaga leczenia, widoki za i przeciw odziedziczeniu są równe; za to 3) powinno się dziecko pozornie zdrowe, zrodzone z matki, która jest zarażoną dopiero od niedawna, szczególnie jeżeli okazywała podczas ciąży zmiany kiłowe, zaraz od urodzenia swoistemi środkami leczyć, gdyż jest z pewnością kiłą dotknięte i prędzéj lub późniéj zachoruje wśród ciężkich objawów groźnéj choroby. (*Gaz. des hôpit.*).

Cant: **Stwardnienie jako pierwszy objaw zakażenia kiłowego u kobiet.**

Stwardnienie jako objaw pierwotnego wrzodu kiłowego napotyka się w ogóle rzadziéj u kobiet i jest ono mniéj wybitnem niż u mężczyzn. Stosunek jest ten, że w $^1/_3$ części stwardniałość jest bardzo wyraźną, w drugiéj $^1/_3$ tylko mierną, a w ostatniéj $^1/_3$ prawie wcale niedostrzegalną. Naciek syfilityczny u kobiety nie zawsze odznacza się owem ściśle do podstawy wrzodu pierwotnego ograniczonem umiejscowieniem. Wielkość nacieku waha się od cienkiego wrzodu pergaminowego do guzów znacznych rozmiarów. Nasilenie jednak zakażenia ogólnego wcale nie jest zawisłem od tych różnic. Najmniéj wybitnie wykształcona jest stwardniałość w wrzodach pierwotnych, usadowionych przy wejściu do pochwy. Na pytanie, czy każdy wrzód pierwotny kiłowy musi być twardym, odpowiada C. w ten sposób, że zarówno nie przemawia wybitna stwardniałość za specyficznem znaczeniem wrzodu, jak z drugiéj strony brak podstawy twardéj nie odbiera mu tego znaczenia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

Dr. Baschkopf.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Rosenfeld przychodzi na podstawie swych spostrzeżeń do wniosku, że gruźlicę w początkowym okresie można z pewnością za pomocą tuberkuliny wyleczyć. Szczególnie przekonywającym jest dla niego przypadek, w którym zajęty był sprawą chorobową cały płat górny płuca i w którym miało nastąpić zupełne wyleczenie. Z 13 dalszych przypadków gruźlicy początkowej jeszcze 3 są wyleczone, a u 6 nastąpiła poprawa; 4 znajduje się jeszcze w leczeniu. Autor wymienia szereg punktów, które kierować powinny w zastosowaniu metody leczniczéj w obec gruźlicy początkowéj. (*D. Med. Woch.*, Nr. 14).

Lannelongue stosował w Hospital Trousseau środek Kocha u 19 dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. Według jego doświadczeń metoda Kocha nietylko jest nieskuteczną, lecz nawet wprost szkodliwą, gdyż pogarsza cierpienie miejscowe, a rozwój dzieci pod jéj wpływem téż cierpi. (*Le Bullet. méd.*, Nr. 25).

Sprawozdanie ze spostrzeżeń poczynionych w klinice prof. Bacceliego w Rzymie, podane przez Gualdiego i Fortiego, zawiera wiele uwagi godnych szczegółów. Co do rozpoznawczéj wartości wstrzykiwań, to zgodnie z innymi uważają ją autorowie za niepewną. Pod względem leczniczym ważną jest okoliczność, że w przypadkach gruźlicy dziedzicznéj wyniki są pomyślniejsze, niż w przypadkach nabytéj gruźlicy. Autorowie przychodzą do wniosku, że limfa Kocha daje bezsprzecznie lepsze rezultaty, niż inne metody lecznicze, a rezultaty te będą jeszcze lepsze, gdy wskazania się ustalą, i gdy zaprowadzi się pewne modyfikacyje w zastosowaniu limfy. Ciekawem jest, że w klinice Bacceliego wstrzykiwano limfę także do żył bez wywołania groźnych objawów reakcyi. (*Münch. med. Woch.*, Nr. 15).

Na X Zjeździe internistów, znaczną część programu zajęła dyskusyja nad środkiem Kocha. Prof. Cursch-

mann z Lipska rozpoczął ją od przemowy, w któréj zastanawiał się nad znaczeniem odkrycia Kocha i zachęcał do dalszych badań na tém polu. Badania te powinny się odbywać jedynie przy łóżku chorego. Po tym wstępie odczytano tymczasowe doniesienie Klebsa z Zurychu „o działaniu środka Kocha na gruźlicę zwierząt i propozycyje do przygotowania nieszkodliwéj tuberkuliny“. Doniesienie to przedstawiające obszerne ostateczne wyniki wielkiéj pracy nie daje się ująć w ramy krótkiego referatu. Wyniki z badań tkanki gruźliczéj po części zgadzają się z podanemi przez Kocha i innych, natomiast na same prątki działa limfa Kocha energicznie, ale tylko w ustroju zwierząt pod odpowiedniemi względami czułych. Jakiekolwiek jest to działanie, to przypuścić trudno, aby w tak małych dawkach, w jakich wstrzykuje się limfę Kocha ludziom, mogła właściwa istota, działająca w niej, wywrzeć wpływ jakiś na prątki gruźlicze. Dopóki jednak prątki pod wpływem środka nie ulegną przemianie wstecznéj, nie może być mowy o leczeniu gruźlicy. Ponieważ jednak w limfie Kocha obok właściwéj istoty działającéj znachodzą się inne ciała na ustrój szkodliwie wpływające, zadaniem naszem przeto jest właściwy środek działający, jak go Klebs chce nazwać anti-tuberkelinę, izolować, aby ją można było w większych dawkach stosować.

Następnie Jaksch z Pragi przedstawiał wyniki spostrzeżeń zebranych z limfą Kocha na 72 chorych w ciągu 4 miesięcy. Spostrzeżenia te dzieli J. na dwie grupy: jedna obejmuje 28 przypadków, w których robiono tylko próby rozpoznawcze, w reszcie przypadków stosowano limfę Kocha jako środek leczniczy. W ciężkich przypadkach gruźlicy płuc następowało pogorszenie, którego jednak autor nie przypisuje działaniu środka. Peptonuryja jest częsta, ale nie ma znaczenia, prątków we krwi J. nie znalazł ani razu. Również nie widział ciężkich powikłań, które jeżeli się pojawiają, mogą być czysto przypadkowemi. Rozpoznawcza wartość metody Kocha nie ulega zdaniem J. żadnéj wątpliwości; pod względem leczniczym J. doznał zawodu.

Ziegler wysnuwa z badań anatomicznych wniosek, że w ogólności tuberkulina wywołuje zmiany, jakie w ustroju same przez się powstają i czasem do wyleczenia prowadzą, czyni to może prędzéj i częściéj. Jednakże nie zawsze musi przyjść do wyleczenia, owszem może nieraz nastąpić rozwleczenie sprawy gruźliczéj po ustroju przez resorbcyję prątków. Tuberkulina działa tylko w pewnych częściach ustroju zapewne skłonnych, podczas gdy w innych może nie wywierać żadnego wpływu.

O stosowaniu limfy u dzieci przemawiał Heubner (Lipsk), twierdząc, że w odpowiednich dawkach dzieci nie są czulsze na tuberkulinę niż osoby dorosłe. Dyjagnostyczne znaczenie ma tuberkulina, jeżeli reakcyja już po małych dawkach występuje. Pod względem leczniczym pomyślne skutki widział H. w gruźlicy początkowéj i cierpieniach zołzowych skóry i oka. Na gruźlicę gruczołów chłonicznych i kości metoda Kocha prawie wcale wpływu nie wywiera. Jeżeli gruźlica zajęła płuca, to stosowanie kochiny u dzieci jest połączone z wielkiem niebezpieczeństwem. *(Münch. med. Woch.*, Nr. 15, *W. med. Blätter*, Nr. 16 i 17). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie z dnia 25 paźdz. 1890 roku.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 22.

1) Kol. Sielski przedstawia wyroby p. Baczyńskiego, jak bulion, wyciąg mięsny płynny i stały, które co do dobroci nie ustępują wyrobom zagranicznym i dlatego zaleca ich używanie. W dyskusyi zabierają głos koll. Prus i Szpilman.

2) Kol. Prus mówi o nowszych poglądach na zapalenie. Przechodząc kolejno teoryje Virchowa, Cohnheima i innych, przychodzi do wniosku, że teoryi wszystkie zjawiska zapalenia tłómaczącéj dotychczas nie ma. Zwraca dalej uwagę na spostrzeżony dawniéj przez siebie a niedawno przez Obrzuta opisany objaw, że ciałka czerwone biorą również żywy udział w sprawie zapalnéj, mianowicie służą do wytwarzania tkanki łącznéj. — W dyskusyi przemawia kol. Kadyi.

3) Kol. Piotrowski podaje spostrzeżenia swoje nad błękitem metylenowym jako środkiem znieczulającym. Wykład ten ogłoszony w „Przeglądzie Lek.“. W dyskusyi zabierają głos koll. Szpilman, Prus i Wehr.

Za sekretarza: *Dr. Mukowicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 8 kwietnia 1891 r.

Przewodniczący: Kol. Gluziński. — Obecnych członków 35.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że redakcyi kalendarza lekarskiego podjął się kol. Murdziński.

2) Kol. prof. Korczyński przedstawia a) preparaty lecznicze wyrobu aptekarza Bełdowskiego i wnosi imieniem Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak., aby je uznać za dobre i udzielić poparcia, b) preparaty Zahradnika dawniéj już przez Tow. lek. zalecane i prosi o dalsze ich polecanie.

3) Kol. Żmigrodzki z Petersburga zdaje sprawę z przebiegu swéj choroby, jakiéj się nabawił przecinając flegmonę. W dyskusyi zabierają głos kol. prof. Rydygier i prelegent.

4) Kol. Kryński opisuje operacyję torbiela trzustkowego i dalszy przebieg gojenia, podaje rozbiór zawartości tego torbiela wykonany przez kol. Opieńskiego. W dyskusyi zabierają głos kol. Rydygier, Cybulski, Opieński i prelegent.

5) Kol. Przewodniczący przedstawia 4 nowych członków, których Zgromadzenie jednogłośnie do Towarzystwa przyjmuje.

Dr. Ludomił Korczyński.

VI. Wiadomości bieżące.

[redacted]

Wydział gospodarczy VI Zjazdu na ostatniem posiedzeniu zastanawiał się nad sprawą urządzenia wystawy przy-

rodniczo-lekarskiéj, a ponieważ wielu wystawców zgłosiło się już dotychczas z zamiarem wystawienia swych przetworów i wyrobów, przeto komitet uwzględniając z jednéj strony potrzebę takiéj wystawy, a z drugiéj strony mając przekonanie, że wystawa dobrze się zapowiada, postanowił wystawę urządzić. Do wystawy przypuszczeni będą jedynie polacy; do urządzenia wystawy obrano osobną komisyję, z życzeniem, aby już na najbliższem posiedzeniu zdała sprawę ze swych czynności. — Wystawa ma nosić nazwę: Wystawa urządzona przez Zjazd VI lekarzy i przyrodników polskich. Równocześnie z wystawą tą urządzoną będzie wystawa wszystkich wydawnictw nauk przyr. lek. polskich z ostatnich dziesięciu lat. W końcu przyjęto do wiadomości, że niektóre wybitne osobistości przyjęły zaproszenia do odczytów na posiedzeniach ogólnych.

* O uroczystości na cześć śp. Dra Marcinkowskiego czytamy w *„Kuryjerze Poznańskim“* z d. 23 kwietnia, że po wspólnym obiedzie w hotelu francuskim uczestnicy udali się do teatru polskiego na przedstawienie, urozmaicone żywemi obrazami. Po prologu, wypowiedzianym wierszem, a zastosowanym do okoliczności, zabrał głos radzca zdrowia Dr. Zielewicz i wypowiedział mowę, pełną pięknych myśli, przyjętą oklaskami. Przy zagajeniu walnego zebrania jubileuszowego wypowiedział ładną mowę prezes Szuman.

* Na posiedzeniu Izby poselskiéj we Wiedniu, odbytem d. 23 kwietnia r. b., poseł Dr. Roser i wsp. uczynili wniosek względem urządzenia Izb lekarskich w Austryi, a raczéj wznowili wniosek, który z powodu nagłego zamknięcia Izby ostatniéj nie przyszedł był pod obrady.

* W skutek inicyjatywy lekarza Haya, o któréj wspominaliśmy w Nrze 17 „Przegl. Lek.“, Rada zdrowia dolno-austryjacka zastanawiała się na ostatniem swem posiedzeniu nad otrzymywaniem z kóz limfy do szczepienia ospy. Wyznaczono komisyję, mającą sprawdzić, czy rzeczywiście kozy są nieprzystępne dla gruźlicy, a następnie badać działanie limfy koziéj.

* W Cieplicach czeskich było dotąd chorych 63.

* W tygodniu 15 (12—18 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 13, urodzin 49, skonów 37 (25·79), z tych z gruźlicy i zapalenia płuc po 5, śmierci przypadkowéj 3, z nieżytu żołądka i jelit oraz śród porodu po 2.

* **Wrocław**. Dowiadujemy się od bawiących tu lekarzy, że zakład wodoleczniczy na stacyi drogi żel. Dąbrowskiéj Niekłań, w wilach hr. L. Platera, jeszcze w bieżącym sezonie letnim otworzonym zostanie. Bawiący tu wspólnicy nabywają u firmy „Köbner i Canty“ jakoteż u firmy „Robeyego et Cie“ aparaty do tuszów parowych i wachlarzowych. Wziąwszy pod uwagę 500.000 morgów lasu, otaczającego Niekłań, wyniosłe na 1000 stóp położenie w górach ś-to Krzyzkich, liczne zródła i rzeki Nidę i Kamionkę, jak również łatwą komunikacyję koleją wprost do miejsca, sądzimy, iż w takiéj stacyi *par excellence* leśno-górskiej zakład wodoleczniczy znakomicie prosperować będzie i zasługuje na wielkie poparcie, tembardziéj, że co do cen znakomicie tańszym będzie od zakładów zagranicznych.

Dr. N.

* Prof. Bardeleben młodszy w Jenie wykrył w papierach pozostałych po Goethem pisany własną ręką wielkiego poety wykład anatomii porównawczéj czaszki zwierząt ssących.— Bliższą wiadomość o tym ciekawym traktacie poda Bardeleben na tegorocznym Zjeździe anatomów w Monachijum.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Halla**. D. 29 b. m. otwartą zostanie uroczyście w obecności Ministra oświecenia nowa klinika chorób nerwowych i umysłowych. — **Würzburg**. Dotychczasowy prosektor Dr. Schultze mianowany nadzw. profesorem anatomii. — **Gandawa**. Nadzw. profesor medycyny sądowéj Dr. Visscher mianowany profesorem zwyczajnym. — **Palermo**. Dr. Montalto mianowany nadzw. profesorem medycyny sądowéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Stefan Blatteis, Józef Elsner, Bolesław Komorowski i Wincenty Kuźniar, wszyscy rodem z Krakowa.

Starszy lekarz sztabowy I-éj kl., kierownik szpitala garnizonowego we Lwowie, Dr. Emanuel Arzt przeszedł w stan spoczynku i w uznaniu długoletnich zasług otrzymał charakter jeneralnego lekarza sztabowego *ad honores*. (Dr. Arzt pochodzi z Król. Polskiego, w młodym wieku przybył do Galicyi i odbył nauki lekarskie we Wiedniu. Jako kierownik wielkiego szpitala wojskowego we Lwowie położył wielkie zasługi i cieszył się powszechnem poważaniem). — Jako czasowo do służby niezdolny otrzymał jednoroczny urlop starszy lekarz sztabowy I-éj klasy i kierownik szpitala w Przemyślu, Dr. Wilhem Tonner (znany w Krakowie sympatyczny brat b. profesora i posła).

* **Nekrologija**. W Petersburgu umarł docent i prymaryjusz N. P. Wassiliew, uczeń Botkina i redaktor pisma lekarskiego *„Gazeta Botkina“*, autor licznych rozpraw treści klinicznéj, licząc zaledwie lat 39. Redakcyję gazety obejmuje po nim Dr. Sirotinin.

* Dnia 17 b. m. przewieziono reszki śmiertelne prof. Semmelweissa z Wiednia do Budapesztu i tamże je pochowano. Działo się to wskutek starania profesorów wydziału budapeszteńskiego. Toż samo grono uniwersyteckie postara się o wystawienie odpowiedniego nagrobka. Biedny Semmelweiss, któremu ludzkość zawdzięcza antiseptykę położniczą, po śmierci dopiero doczekał się uznania i hołdu, należnego nieśmiertelnéj jego zasłudze; żywot jego bowiem był smutnym; nieznany, potępiany a nawet pogardzany, umarł w 47 roku życia w zakładzie w Döblingu pod Wiedniem. — Ignacy Filip Semmelweiss urodził się w Budzie d. 1 lipca 1818 r. i tamże uzyskał stopień doktorski w r. 1844. Przez 3 lata następne pełnił obowiązki asystenta w klinice położniczéj we Wiedniu i już na téj posadzie położył podwaliny pod naukę swoją o etyjologii gorączki połogowéj. Gdy wystąpił z wynikiem swoich badań, wyprzedzając o pół wieku prawie Listera, znalazł tylko przeciwników i to w osobach Siebolda, Scanzoniego i wszystkich pierwszorzędnych ginekologów. W r. 1854 mianowany profesorem w Budapeszcie, głosił on bez przerwy naukę swoją, lecz nietylko bez skutku, ale owszem narażając się na miano dziwaka; przekonany o słuszności swojéj sprawy, puścił w świat liczne broszury i listy otwarte, aż nareszcie znękany niepowodzeniem popadł w obłąkanie. Dzielił on los niejednego reformatora, którego nauka dopiero po śmierci uznaną została.

Komisyja przemysł. lek. Tow. lek. krak. podaje do wiadomości Kolegów, że w znakomitszych Zdrojowiskach i Uzdrowiskach zagranicznych w bieżącym sezonie kąpielowym praktykować będą następujący lekarze polacy:

1. *Cieplice czeskie.* Dr. Krajewski.
2. *Elgersburg.* Dr. Barwiński.
3. *Francensbad.* Drowie Dębicki, Kittel, Rosner.
4. *Gleichenberg.* Drowie Bulikowski, Brühl.
5. *Elster.* Dr. Blaciszewski.
6. *Karlsbad.* Drowie Hassewicz, Kretowicz, Rosenberg, Stiche, Tugendthat.
7. *Kissingen.* Dr. Chłapowski.
8. *Landeck.* Dr. Ostrowicz (lek. zakł.).
9. *Marienbad.* Drowie Dobieszewski, Kaufmann, Prager.
10. *Scheinznach.* Dr Tymowski.
11. *Trenczyn.* Dr. Filipkiewicz.

[redacted]

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Komitet gospodarczy VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który się odbędzie w Krakowie w połowie Lipca b. r., postanowił wydać

Przewodnik po Krakowie i okolicy

opracowany przez wybitne i fachowe siły. „Przewodnik“ ten nietylko wejdzie do handlu księgarskiego ale zostanie rozdany wszystkim członkom zjazdu bezpłatnie. — Na końcu „Przewodnika“ będą pomieszczone

OGŁOSZENIA

i spis alfabetyczny firm z adresem, za opłatą po fl. 12 za całą stronę, fl. 6 za pół strony, fl. 4 za trzecią część strony; adres firm 30 ct. za wiersz petitowy, 50 ct. za dwa wiersze. Ogłoszenia te przyjmują do końca Maja: Administracyja „Przeglądu Lekarskiego“ (Zakład fizyjologiczny w Kolegijum fizycznem) oraz upoważniony do zbierania ogłoszeń p. Bolesław Dembowski, wydając numerowe kwity na każde ogłoszenie. Uprasza się o zatrzymanie tych kwitów jako dowodu, tem bardziéj, że ogłaszający na całéj stronie otrzymują bezpłatnie jeden egzemplarz „Przewodnika“.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 9 Maja 1891. Nr. 19.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad podnoszeniem się ciepłoty podczas gnicia narządów ustroju uległego chorobom zakaźnym.

Podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Konjicy w Hercogowinie.

Nowoczesna higijena położywszy sobie za zadanie zbadanie spraw odbywających się w najbliższem otoczeniu człowieka i ich wpływu na przebieg prawidłowych funkcyj ustroju jego, nie mogła pominąć badania podłoża, z którem tenże jest związanym, t. j. badania ziemi i przemian w niéj odbywających się.

Stosunek człowieka do ziemi znalazł wyraz swój w fizoficznych i religijnych zapatrywaniach i wywodach o wiele wcześniéj niż w dziedzinie nauk przyrodzonych. Dopiero z biegiem czasu zaczęto skłaniać się do zapatrywania, że między ustrojem zwierzęcym a roślinnym nie daje się ścisła przeprowadzić granica, że jak roślina ściśle od podłoża zależąc, z tymże jest związaną, podobnie i ustrój zwierzęcy bodaj pośrednio od tegoż zależy. Śledzenie wpływu, jaki konfiguracyja ziemi, bogactwo tejże w wodę, uprawa i urodzajność na sposób życia, obyczaje i charakter mieszkańców tejże wywiera, nie może być zadaniem higijeny, wkraczała by ona w dziedzinę obszernéj gałęzi wiedzy, jaką jest antropologija i etnografija, dla niéj pozostało wcale pokaźne zadanie śledzenie tych spraw, które nie bez wpływu na stan zdrowia ludzkiego przebiegają, gdzie ziemia lub jéj składniki wprost za czynniki chorobotwórcze uważać należy.

Tego rodzaju wpływów domyślano się już od dawna, ale dopiero nowoczesne badania nad sprawami chemicznemi odbywającemi się w ziemi, badania nad rolą drobnoustrojów śród przemiany materyi organicznéj w ziemi zawartéj, rzuciły niejakie, choć niewystarczające całkiem światło na związek spraw chorobowych ustroju ludzkiego lub zwierzęcego z podłożem.

Pozostanie na zawsze zasługą Pettenkofera i jego szkoły zwrócenie uwagi na związek zachodzący między sprawami w ziemi odbywającemi się a chorobami zakaźnemi — ugruntowanie teoryi, która nie w saméj tylko wodzie szuka przyczyny powstawania i rozszerzania się tych chorób. Na powstawanie i szerzenie się epidemicznych i endemicznych chorób składają się obok koniecznie potrzebnego zarazka według teoryi téj przemiany chemiczno-fizycznéj natury w ziemi, jak wytwarzanie kwasu węglowego, ciepło, stan wody gruntowéj itd.

Przemiana materyi organicznéj, odbywająca się w ziemi, dopiero w ostatnim lat dziesiątku zajęło uwagę badaczów. Badania Pettenkofera[1], Fodora[2], Möllera[3] i Wolnego[4] stwierdziły, że kwas węglowy i azotany są stałemi produktami rozkładu materyi organicznéj w ziemi przez działanie drobnoustrojów, i że bez tychże wytwarzanie kwasu węglowego nie ma miejsca. Badania Fodora stwierdziły, że ilość wytwarzanego kwasu węglowego zależy od nasycenia ziemi wodą. Soyka[5] stwierdził zależność produkcyi kwasu węglowego, zdolności zaczynowéj i wytwarzania zarodników u drobnoustrojów od ciepłoty i wilgoci ziemi; badania Hueppego[6] i Kitasaty[7] stwierdziły dłuższą żywotność prątków cholery w ziemi mimo obecności drobnoustrojów gnilnych; badania Grouchera i Dechampsa[8] i piszącego[9] wykazały dłuższą żywotność prątka durowego w ziemi, mimo obecności drobnoustrojów gnilnych, a ostatnie badania Manfrediego i Seraffiniego[10] wykazały, że zarazki cholery i wąglika długo w ziemi istnieć i rozwijać się mogą, że rozwój ich w piaszczystéj ziemi w wybitniejszym stopniu przychodzi do skutku niż w krzemionkowem podłożu.

Podczas gdy sprawy chemiczne śród przemiany materyi organicznéj w ziemi pod wielu względami zostały już zbadane, braknie dotychczas szczegółowych badań nad wytwarzaniem ciepła w przebiegu tejże przemiany, a dotych-

czasowe badania przeprowadzone były jedynie urywkowo. I tak podaje Pfeiffer[11], że w ziemi nasyconéj wodą kanałową następuje podniesienie ciepłoty o +3° C. w porównaniu z ziemią nienasyconą; Emmerich[12] stwierdził, że w zanieczyszczonem rumowisku pod podłogą w jednym przypadku ciepłota w porównaniu do ciepłoty nieopalanego pokoju dwa razy była wyższą.

Wytwarzanie kwasu węglowego i azotowego, rozpad materyi organicznéj na pojedyncze składniki i pierwiastki, oto sprawy, które nie mogą bez wpływu na podniesienie się ciepłoty przebiegać, a badania takie mimo wszelkiéj teoretycznéj i praktycznéj wagi dotychczas przeprowadzane na większą skalę nie były.

W lutym roku zeszłego ogłosił był prof. Schottelius[13] z Fryburga w Bryzgowii krótkie doniesienie, że zakopane w głębokości 1·25 m. w ziemi płuca gruźlicą dotknięte podczas gnicia okazywały ciepłotę 34° C., podczas gdy płuca normalne +22° C. a ziemia +13° C. okazywały. Dalszych doświadczeń w tym przedmiocie dotychczas badacz ten nie ogłosił, stwierdził jedynie, że prątki gruźlicze żywotność i jadowitość swoję mimo dłuższego pobytu w ziemi zachowały, nie rozstrzygając kwestyi, czy podniesienie się ciepłoty w płucu gruźliczem jedynie działaniu prątków swoistych przypisać można.

Zaciekawiony tem doniesieniem podjąłem na wiosnę roku zeszłego i wśród lata szereg badań w tym przedmiocie, mających stanowić niejako dalszy ciąg poszukiwań moich nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi. Wyniki tego szeregu poszukiwań stanowią treść niniejszéj publikacyi. Jako pewny i nieodzowny warunek ścisłości doświadczeń zdawało mi się przeprowadzenie badania ciepłoty ziemi w miejscu, w którem doświadczenia przeprowadzać zacząłem, to jest w Stolacu w Hercogowinie. W tym celu w ogrodzie szpitala wojskowego w Stolacu kazałem wywiercić dół głębokości 1 m. a średnicy 4 ctm. W dół ten wsadziłem listwę drewnianą na dolnym końcu wyżłobioną, w którem to wyżłobieniu spoczywał ciepłomierz maksymalny, dokładnie z normalnym ciepłomierzem porównany i to w ten sposób, że kula ciepłomierza ze wszech stron z ziemią w styczności była. Listwę, termometrem opatrzoną, można było bez nasilenia wyciągnąć i ciepłomierz odczytać, co też co 5 dni równocześnie z odczytywaniem ciepłoty powietrza uskuteczniałem. Każdym razem po odczytaniu ciepłoty starałem się wysokość słupka rtęciowego ciepłomierza zniżyć, a to w tym celu, by wahanie, a więc i opadanie ciepłoty ziemi w przeciągu owych 5 dni uwzględnione być mogło.

Dołączona tablica przedstawia zachowanie się ciepłoty ziemi w głębokości 1 metra w miesiącach marcu, kwietniu, maju, czerwcu i lipcu 1890 r., w których doświadczenia moje przeprowadzałem.

Przeprowadzenie mierzenia ciepłoty ziemi w większéj głębokości niż 1 m. zdawało mi się z téj przyczyny zbytecznem, że grubość warstwy „ziemi“ w okolicy Stolacu nigdy 1 m. nie przenosi, przechodząc zaraz w mało przepuszczalną warstwę pierwotnego wapienia (*Kalkurgestein*), z któréj to przyczyny groby na cmentarzach mahometańskich i chrześcijańskich rzadko nawet do téj głębkości sięgają. W południowéj Hercogowinie nie rzadkiem jest nawet zjawiskiem, że po nawalnych wiosennych deszczach z płytkich grobów mahometańskich czaszki nieboszczyków wyglądają i stają się łupem ptaków i psów.

Dzień	Ciepłota powietrza	Ciepłota ziemi	Dzień	Ciepłota powietrza	Ciepłota ziemi	Dzień	Ciepłota powietrza	Ciepłota ziemi	Dzień	Ciepłota powietrza	Ciepłota ziemi	Dzień	Ciepłota powietrza	Ciepłota ziemi
I/III	10·6	8·2	I/IV	17·4	10·8	I/V	19·6	13·6	I/VI	26·1	14·3	I/VII	25·6	16·1
5	16·3	9·6	5	16·3	11·0	5	20·4	13·8	5	25·0	15·0	5	26·0	16·2
10	17·4	9·8	10	17·8	11·2	10	23·2	13·4	10	27·0	15·0	10	27·0	16·2
15	15·3	9·8	15	20·0	11·4	15	24·1	13·2	15	27·1	15·0	15	30·0	16·4
20	20·4	10·6	20	19·6	11·6	20	24·6	13·9	20	26·3	15·5	20	29·6	16·6
25	20·6	10·8	25	19·9	11·9	25	25·6	14·2	25	26·3	15·4	25	29·4	16·7
30	20·7	10·8	30	23·4	12·6	30	23·2	14·6	30	26·4	15·7	30	30·6	16·8
Śred.	17·7	9·9	Ś.	19·2	11·5	Ś.	22·9	13·8	Ś.	27·1	15·0	Śred.	28·4	16·4

Doświadczenie I.

Dnia 14/3 1890 zmarł w szpitalu wojskowym w Stolacu piechur R. S. w 3. tygodniu duru brzusznego o typowym przebiegu. Podczas obdukcyi wykonanéj przezemnie w 9 godzin po śmierci wyjąłem prawie trzykrotnie powiększoną śledzionę bez uszkodzenia torebki i włożyłem na $^1/_4$ godziny w $^2/_{1000}$ roczyn sublimatu, poczem za pomocą zjałowionéj strzykawki Pravaza wydobyłem nieco płynnéj prawie miazgi śledzionowéj do badania bakteryjologicznego. Następnie naciąłem torebkę wypalonym nożem i przez włożenie ciepłomierza stwierdziłem ciepłotę miazgi = 10·6° C. (ciepłota pokoju, w którym obdukcyję wykonano = 14·5° C.) poczem ciepłomierz ten zastąpiłem innym maksymalnym ustawionym do ciepłoty 10·6 przez zepchnięcie słupka rtęciowego, a śledzionę zawinąłem w bibułę i w świeżo wykopany dół w głębokości 96 cm. zakopałem. W odległości 26 cm. od śledziony włożyłem w tejże głębokości drugi ciepłomierz maksymalny wskazujący również ciepłotę 10·6° C.

W 3 miesiące potem a więc $^{14}/_6$ 1890 odkopano dół, w którym śledziona owa spoczywała i wydobyto zawiniątko z bibuły, nie okazującéj wysokiego stopnia zbutwienia. Ciepłomierz znachodzący się w pobliżu owego zawiniątka wskazywał 15·0° C., zgadzał się więc z ciepłotą ziemi mierzoną za pomocą wyżéj wspomnianego przyrządu. W zawiniątku znalazła się ciecz brunatnawa śmierdząca, a w niéj ciepłomierz maksymalny, wskazujący 39·6° C. Zatem podnoszenie się ciepłoty w gnijącéj śledzionie wynosiło 24·6° C. w porównaniu z ciepłotą ziemi.

Celem przekonania się czy 3 miesięczny pobyt w ziemi i gnicie niszcząco wpłynęło na prątki durowe, które jak to hodowle płytkowe z miazgi śledzionowéj przy obdukcyi wydobytéj okazały, w znacznéj ilości w miazdze się znajdowały, zmięszałem 1 cm.^{3} śmierdzącéj owéj cieczy z 100 cm.^{3}

jałowéj wody destylowanéj, a z mięszaniny téj używając co najwyżéj 0·01 cm.³ sporządziłem 21 hodowli płytkowych. Na płytkach tych rozwinęło się stosunkowo i w porównaniu do innych cieczy gnijących nie wiele kolonij rozmaitych drobnoustrojów, co prawda najwięcéj było prątków pożywkę żelatynową rozpuszczających, a między niemi znalazłem 17, których wejrzenie kolonije prątka durowego przypominało a przeszczepiwszy takowe na podłoże ziemniaczane znalazłem, że 7 z nich należało niezaprzeczenie do prątka durowego. Na powierzchni ziemniaków wytworzyła się owa charakterystyczna niedostrzegalna prawie wilgotna warstewka, niczem nie różniąca się mimo dłuższéj obserwacyi od takiejże przy równoczesnem przeszczepianiu typowych oryginalnych hodowli prątka durowego.

Równoczesne przeszczepianie typowych kolonij na powierzchnię przekrojonych ziemniaków równego pochodzenia, jednakowego wejrzenia, ugotowania, przy stosowaniu jednakowéj ciepłoty termostatu uważać muszę za nieodzowny warunek celem uniknięcia pomyłek przy identyfikowaniu znalezionych podejrzanych prątków.

Doświadczenie II.

W dwa dni po rozpoczęciu poprzedniego doświadczenia miałem sposobność wykonania obdukcyi zupełnie zdrowego młodego samobójcy. Śledziona, wątroba, płuca nie okazujące najmniejszych zboczeń patologicznych zakopane zostały wraz z ciepłomierzami maksymalnemi, każde osobny w głębokości 96 cm. w świeżo wykopanych dołach. Po 3 miesięcznym pobycie w ziemi odkopane zostały 16/6 1890 r. a ciepłomierze wskazywały:

płuca	26·2° C.	a zatem podnoszenie o	11·2° C.
wątroba	26·0° C.	„ „	11·0° C.
śledziona	27·1° C.	„ „	12·1° C.

w porównaniu do znalezionéj w dniu 15/6 1890 ciepłoty ziemi = 15° C.

Nie potrzebuję dodawać, że narządy te były zupełnie zgniłe i zamienione w płynącą, śmierdzącą masę. W przypadku tym śledziona ledwie $^1/_3$ wielkość śledziony durowéj wynosiła. (Dok. nast.)

II. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego.

(Le traitement a l'air libre. — Permanente Freiluftcur).

Podał

Dr. W. Jaworski,

profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dok. Patrz Nr. 18.)

Z dotychczasowego mego przedstawienia wynika, że pobyt na wolnem powietrzu ma wogóle znaczenie przeważnie higijeniczne, a pośrednio dopiero lecznicze, jakto niektórzy z nowszych autorów (Dettweiler, Fromm) utrzymują, twierdząc, że suchoty płucne w każdym klimacie przy korzystnych warunkach higijeniczno-dyjetetycznych mogą być wyleczone. Temu twierdzeniu zaprzeczyć nie można; lecz należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, czy w każdym klimacie szanse czyli odsetki wyleczeń są równe. Przeważna część autorów od najdawniejszych czasów zapatruje się też inaczéj, przypisując różnym klimatom nietylko mniejszą lub większą skuteczność, ale i rozmaite działanie na narząd oddechowy gruźlicą zajęty. Nad brzegami morza ma działać powietrze nasycone wyziewami z wody morskiéj, w pustyniach afrykańskich uchodzi za czynnik leczniczy suchość powietrza, w lasach wyziewy balsamiczne drzew, bardzo polecane jeszcze przez Pliniusza Starszego, co znów nie należy do rzeczy tak nieprawdopodobnych, gdyż Löffler w doświadczeniach swych nad rozwojem prątka dyfterycznego dostrzegł, że powietrze nasycone niektóremi olejkami eterycznemi (ol. cytrynowym, pomarańczowym, anyżowym i t. d.) przeszkadza rozwijaniu się tegoż w stucznych kulturach.

Najwięcéj jednak potęguje się wpływ wolnego powietrza, jeżeli ono bywa stosowane, jakto już Galen polecał, w górach, i to na znaczniejszych wysokościach, przynajmniéj ponad 1000 metrów nad poziomem morza. W takich wysokościach pojawia się gruźlica płuc w miarę wzniesienia coraz rzadziéj, a silne działanie klimatu wysoko-górskiego na ustrój daje się tak doświadczalnie, jak i praktyką lekarską ugruntować. Waldenburg, który robił doświadczenia na ludziach, znajdujących się w komorach pod zmniejszonem ciśnieniem atmosferycznem, podaje jako wyniki tychże: głębokie wdechy i rozszerzanie się większe klatki piersiowéj, zwiększenie względnego parcia krwi i napięcia tętna, zmniejszenie pracy serca, przyspieszenie obiegu krwi, większe napełnienie naczyń obwodowych i płuc krwią. H. Weber, który obserwował zdrowych i chorych, udających się z nizin w góry aż do wysokości 3300 metrów, zauważył te same objawy ze strony narządu oddechowego i krążenia z tą różnicą, że one już po kilkodniowym pobycie w górach zwykle się wyrównywały, a na znacznych wysokościach ponad 2500 metrów pojawiały się zaburzenia w ustroju opisane przez P. Berta jako choroba górska (*mal des montagnes*), któréj główną przyczyną według Jourdaneta ma być niedostateczna ilość tlenu we krwi (*anoxyhaemia*). Pobyt więc na wysokościach 1000—2500 metrów ma dla osób pochodzących z nizin widoczny wpływ dodatni na narząd oddechania i krążenia; a jako taki wymienia Weber: wzmocnienie czynności serca i mięśni oddechowych, polepszenie odżywienia płuc i tkanek wogóle, przez przyspieszenie w nich obiegu krwi i przez lepsze wypełnienie naczyń obwodowych. Ten ostatni objaw dostrzega się szczególniéj na skórze już po kilku dniach pobytu na wysokich górach. Osoby na nizinach zupełnie blade dostają tam stałych rumieńców na twarzy. A ponieważ na znaczniejszych wysokościach promienie słoneczne szczególniéj w zimie większe natężenie cieplikowe i chemiczne posiadają, niż w nizinach, przeto powierzchnia skóry nabywa szybko w słońcu barwy brunatnéj.

Oprócz zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego są jeszcze inne czynniki, które pobyt w klimacie wysoko-górskim czynią bardzo korzystnym. Takim jest w pierwszéj linii czystość powietrza tak co do drobnoustrojów, jak i co do pyłu, czyli większa aseptyczność jego, co pochodzi z różnych przyczyn: według doświadczeń Downesa i Blunta z większego natężenia światła w górach, według R. Kocha z powodu małéj wilgotności powietrza górskiego, a wreszcie z przyczyny zwiększenia ilości ozonu w górach (Townsend i Greathead). Pasteur n. p. nie znalazł na szczytach gór szwajcarskich żadnych zarodników fermentacyjnych. Ciekawą statystykę co do drobnoustrojów w powietrzu górskiem podaje P. Miquel. Na wysokościach 2000 do 4000 metrów nie mógł on wykazać żadnych drobnoustrojów. Nad jeziorem Thun leżącem na wysokości 560 metrów znalazł w jednym metrze sześciennym powietrza 8 egzemplarzy, w powietrzu obok hotelu nad tem samem jeziorem 25 egzemplarzy, w pokojach hotelu zaś 600 egzemplarzy drobnoustrojów na 1 m.³ powietrza. To tłumaczy także znane i zużytkowane w alpejskich górach zjawisko, że mięso na wolnem powietrzu tam nie gnije, ale zasycha na konserwę (A. Waters).

Następnie uwzględnić trzeba suchość powietrza w górach, która jest większą niż w nizinach. Powierzchnia n. p. skóry staje się na znaczniejszych wysokościach bardzo szorstką i suchą, a włosy skręcają i rozszczepiają się na swych końcach. Skóra utraciwszy znaczną ilość wody w postaci pary, nie poci się, a suchotnicy cierpiący na poty już po kilku dniach pobytu takowe utracają, przyczem ilość moczu się zmniejsza (V o l l a n d). W miarę utraty wilgoci przez skórę przewód pokarmowy więcéj płynu jest w stanie wchłonąć. Stąd się tłumaczy ten objaw, że chorzy, którzy w nizinach tylko mało płynnych pokarmów mogli przyjmować, w górach takowych szczególniéj mleka w ogromnych ilościach są w stanie zużywać bez wytworzenia rozstrzeni żołądka lub innych zaburzeń. Suchość powietrza wysoko-górskiego sprawia, że ono jest bardzo złym przewodnikiem ciepła, a chorzy mogą daleko niższe stopnie ciepłoty przetrzymać na wolnem górskiem powietrzu bez „zaziębienia się", niż to ma miejsce w nizinach, tem więcéj, że powietrze w górach podczas zimy jest spokojne a promieniowanie słońca bardzo znaczne. Widziałem n. p. w Davos, że chorzy bez uczucia zimna leżeli całemi godzinami na swych stołkach przy ciepłocie — 15°, a nawet — 20° C. Pokojowa zaś ciepłota w Alpach wynosi tylko + 15° C. Ciepł. + 18° C., które to stopnie u nas uchodzą jako *minimum* ciepłoty pokojowéj, sprawia tam uczucie znacznego ciepła. Suchość powietrza sprawia także, że płuca zwiększoną ilość wilgoci podobnie jak skóra w powietrze oddają, czyli że powierzchnia płuc w górach jest więcéj suchą, niż w nizinach. Na ten moment kładzie H. W e b e r wagę, twierdząc, że osuszone chore miejsca płuca szczególniéj jamy, podobnie jak to się dzieje z wrzodami powierzchownemi, nabywają skłonności do zabliźniania się lub zwapnienia, a prątkom gruźliczym i innym pasorzytom zostaje odjętą możność do dalszego rozwoju.

Łaknienie zwykle upośledzone u gruźliczych, w klimacie wysoko-górskim najczęściéj się polepsza. A nawet czynność jelit staje się prawidłową, mianowicie w przypadkach zaparcia stolca. Przez zmniejszenie ciśnienia zewnętrznego powietrza rozdymają się nagromadzone w jelitach gazy, pobudzają je do ruchów robaczkowych i wypierają szybko ich treść, przez co stolce w górach bywają częstsze i obfitsze, niż w nizinach, nawet bez używania jakiegokolwiek ruchu.

Układ nerwowy i sfera psychiczna bywają w klimacie górskim znacznie pobudzone. Oprócz wymienionych czynników zdaje się w tym kierunku wpływać także i dodatna elektryczność powietrza, która w miarę wzniesienia nad poziom morza się zwiększa (B e c q u e r e l i B r e s c h e t). W Davos n. p. jest znanem zjawiskiem (V o l l a n d), że przy czesaniu włosów, zdejmowaniu wełnianego kaftanika pojawiają się z trzaskiem iskry elektryczne. Lecz pomimo podniecającego wpływu klimatu górskiego poucza doświadczenie (H. W e b e r), że u przeważnéj części chorych sen w górach jest lepszy, niż w nizinach, natomiast zwykle trwa krócéj.

Nie tylko krążenie mechaniczne krwi, ale i przesiąkanie międzykomórkowe cieczy i gazów, a przez to i przemiana materyi w ustroju zdaje się być w wysoko-górskim klimacie znacznie przyspieszone. Zjawisko zauważane w Davos (T u r b a n), że eter wstrzyknięty tam choremu podskórnie nie zostaje zaraz wessany, jak to widzimy u nas, lecz zamieniając się wprzód w parę wywołuje szybko rozedmę skóry, wskazuje na to, że zachowanie się gazów we krwi i w tkankach bywa w górach zmienione. Stąd tłumaczą się wyniki doświadczeń M e r c e t a, który znalazł, że człowiek na wysokich górach wydaje przez płuca o 15% więcéj kwasu węglowego, niż na nizinach.

Widzimy więc, że wpływ pobytu na wolnem powietrzu w nizinach zostaje w górach znacznie spotęgowany. Lecz na to potrzeba większéj wysokości, przynajmniéj takiéj, jaką posiada D a v o s (1560 metr.), gdzie istnieje sanatorium dra T u r b a n a, w którem chorzy mogą używać systematycznego pobytu na wolnem powietrzu przez rok cały, a szczególniéj w zimie. Czy we wysoko położonych stacyjach klimatycznych A r o s a (dr. E g g e r) w Gryzonii szwajcarskiéj wzniesiona do 1860 metrów i w C a m p i g l i o w Tyrolu (1520 m.) także są urządzenia na pobyt zimowy, nie jest mi wiadomem. O wiele niższe położenie mają już wyżéj wymieniane stacyje klimatyczne: R e i b o l d s g r ü n n (690 m.), G ö r b e r s d o r f (550 m.) i F a l k e n s t e i n (450 m.). Ostatnie wysokości znajdują się we wielu miejscach i w naszych górach i mogą na chorych, którychbyśmy z nizin tam posłali w celu systematycznego pobytu na wolnem powietrzu, wywrzeć tylko korzystny wpływ. Niestety z braku urządzeń odpowiednich i wygód mogą korzystać z takiéj wysyłki tylko chorzy, którzy mają w górzystych okolicach znajomych lub krewnych. W zimie zaś i ci nie mogą znaleść stosownego dla siebie umieszczenia. Byłoby bardzo pożądanem, aby przynajmniéj w Z a k o p a n e m przy tam już istniejących zakładach wodoleczniczych zaprowadzono urządzenia do leczenia na wolnem powietrzu, n i e w y m a g a j ą c e w c a l e z n a c z n y c h n a k ł a d ó w. Wysokość Zakopanego (800—900 metrów) w bardzo wielu przypadkach szczególniéj wrażliwszych na bardzo znaczne wzniesienia wystarczyłaby dla pobytu chorych tak w lecie jak i w zimie w zupełności. W c e l u dokładnego zoryjentowania się w klimacie, obecnych urządzeniach i we wskazaniach leczniczych do téj jedynéj w naszym kraju wysoko-górskiéj stacyi klimatycznéj, wielce polecenia godną jest dla lekarza krytyczna i naukowa praca pod tytułem: „Zakopane jako miejsce klimatyczne napisał dr. Stanisław P o n i k ł o, docent Uniw. Jagiell., Kraków, 1890 r.

III. W sprawie nowego sposobu zakładania szwów pomysłu Profesora Obalińskiego.

Podał
Dr. R. Barącz we Lwowie.

W numerze 43 *Przeglądu Lekarskiego* z r. 1890 ogłosił Prof. O b a l i ń s k i w artykule pod tyt.: „D w a n o w e w ł a s n e p o m y s ł y, u ł a t w i a j ą c e z a k ł a d a n i e p r z e w i ą z e k i s z w ó w" bardzo praktyczny sposób zakładania szwów w głębi a mianowicie: w jamach naturalnych ciała jak w jamie ustnéj, pochwie, odbytnicy itp. sądząc, że sposób ten jest nieznany, gdyż ani nie znalazł wzmianki o nim w zwyczajnych podręcznikach, ani w literaturze bieżącéj, nadto słyszał od wielu operatorów doświadczonych, że szew ten jest im nieznany.

Znanemi są powszechnie trudności przeprowadzenia szwu za pomocą zwyczajnéj igły zakrzywionéj na drugą stronę ubytku, a względnie świeżo okrwawionéj rany (przy stafiloratii, operacyi plastycznéj przetoki pochwowéj) z powodu znacznéj głębi i utrudnionej manipulacyi. W tym celu używa Prof. O b a l i ń s k i zamiast skomplikowanego spo-

sobu zakładania szwów Langenbecka zwykłéj igły lekko wygiętéj osadzonéj na trzonie, którą po nawleczeniu cienkim jedwabiem wkłuwa z przodu ku tyłowi po obu stronach wydobywając nitkę za pomocą pincetki i cofając igłę. W ten sposób otrzymuje każdy brzeg rany przebity nitką od przodu ku tyłowi. Następnie wiąże wewnętrzne, a raczéj tylne końce nitek ze sobą, węzełek przez to powstały przeciąga przez jednę z ran wkłucia, przezco otrzymuje nitkę przechodzącą przez obydwa brzegi rany od tyłu ku przodowi tak, że ją od przodu związać i ranę zbliżyć można. Równie praktycznym okazał się ten sposób do zeszycia odłamków przy złamaniu szczęki dolnéj, przyczem poleca Prof. Obaliński przesunąć od przodu ku tyłowi przez otwory wywiercone w odłamkach dwa druty srebrne, których końce tylne poleca zahaczać i przesunąć pętlę przez jeden z otworków, przez co jednym z drutów możemy odłamki dokładnie zbliżyć. Nie ważyłbym się zaprzeczyć żadną miarą, że sposób ten zakładania szwów nie jest pomysłu Prof. Obalińskiego i jestem przekonany, że przez doświadczenie trudności w zakładaniu głębokich szwów przyszedł na ten pomysł. A jednak muszę zwrócić uwagę, że sposób ten zakładania szwów jest znany i opisany w podręcznikach francuskich i angielskich dla chirurgii operacyjnéj pod nazwą sposobu Fergussona. Nadto znany mi jest podobny sposób zakładania szwów, ale ulepszony i daleko wygodniejszy, mający zatem wyższość od pierwszego. Jestto tak zw. sposób Bérarda, polecony głównie do stafilorafii, jednak dający się zastosować wogóle przy szyciu w jamach ciała. Ostatni sposób stosowałem od dawna z wielką korzyścią a mianowicie przy stafilorafii [1]), plastyce przetok pochwowych, szyciu ścian pęcherza i szyciu błony śluzowéj pęcherza (przy plastyce przetoki pęcherzowo-pochwowéj sposobem Trendelenburga), a wiem, że używają go także we Lwowie koledzy Schramm i Ziembicki.

Poniżéj przytaczam najpierw opis sposobu Fergussona dosłownie i w dosłownem tłomaczeniu polskiem z podręcznika dla chirurgii operacyjnéj J. F. Malgaignea, uzupełnionego przez Leona Le Forta pod tyt.: *Manuel de Médecine opératoire par J. F. Malgaigne. Huitième édition par Léon Le Fort*, wydanego w Paryżu w r. 1877. W artykule 5 *Passage de fils* o stafilorafii powiada ten autor na str. 261 i 262:

Procédé de Fergusson. *Il se sert d'une aiguille légèrement recourbée, percée a son extremité et montée sur un manche. L'aiguille armée d'un fil de soie, on la plonge à travers le voile, d'avant en arrière; de que le chas apparaît à travers la seissure, on saisit le fil avec une pince, et on en ramène l'extremité, hors de la bouche; puis on repète la meme manoeuvre du côté opposé. On noue alors solidement les bouts des deux fils ainsi ramenés en dehors; et en tirant sur l'un d'eux on fait repasser le noeud d'abord, puis l'autre fil d'arrière en avant par la piqûre du voile. Coupez le noeud:, il ne veste qu'un fil formant une anse en arrière du voile, et dont on n'a plus qu'à serrer les deux bouts.*

On peut faire au procédé de Fergusson *un reproche sérieux. Le noeud fait au fil repasse difficilement au travers de l'ouverture que l'aiguille a faite dans le voile du palais. Si pour avoir un noeud plus petit on prend un fil mince, ce fil peut se briser sous les efforts de traction; si, pour plus de sécurité, on prend un fil assez gros, le volume du noeud accroît la difficulté. Le procédé* d'A. Bérard, *si simple et si ingénieux, supprime tous les inconvénients, permet de placer une ligature metallique, ou un fil de soie, et n'exige aucun instrument spécial. C'est celui auquel j'ai toujours eu recours, en lui faisant subir de très-légères modifications, et je m'en suis toujours bien trouvé*".

W dosłownem tłomaczeniu artykuł ten brzmi:

Postępowanie Fergussona. Autor ten posługuje się igłą na trzonie lekko zgiętą z otworem na końcu. Igłę uzbraja się nitką jedwabną i wkłuwa od przodu ku tyłowi przez podniebienie; skoro otwór téjże okaże się za okrwawionym brzegiem, chwyta się nitkę pincetką i wyciąga koniec jéj na zewnątrz jamy ustnéj; następnie powtarza się ten sam zabieg z drugiéj strony. Związuje się wyciągnięte na zewnątrz końce nitek i ciągnąc za jednę z nich, przeprowadza się najpierw węzeł, a następnie drugą nitkę od tyłu ku przodowi przez otwór wkłucia w podniebieniu. Po ucięciu węzła pozostaje jedna nitka tworząca pętlę poza podniebieniem, któréj końce należy związać.

Sposobowi Fergussona można zrobić ciężki zarzut. Węzeł przechodzi z trudnością przez miejsce wkłócia w podniebieniu. Jeżeli użyjemy nitki cienkiéj, ażeby mieć mniejszy węzeł, nitka może się urwać przy zabiegach trakcyi; jeżeli dla pewności użyjemy grubszéj nitki, pojemność węzła zwiększa trudności przeprowadzenia téjże. Sposób A. Bérarda prosty i genialny uchyla wszystkie niedogodności, pozwala przeprowadzić podwiązkę metaliczną albo jedwabną i nie wymaga żadnych osobliwych narzędzi. Tego sposobu z małemi zmianami używałem zawsze z korzyścią.

Następuje opis nieco zmodyfikowanego sposobu Bérarda. Sposób Fergussona, jak się z opisu okazuje, jest więc identycznym ze sposobem prof. Obalińskiego. Opis sposobu Bérarda przytaczam w dosłownem tłomaczeniu z podręcznika dla chirurgii operacyjnéj Lewisa A. Stimsona p. t.: „*A manuel of operative surgery*" wydanego w Londynie w r. 1878. W artykule o stafilorafii powiada autor ten na str. 294: „Przy użyciu szwu jedwabnego każdy koniec nitki można przeprowadzić od przodu ku tyłowi, końce obu nitek związać luźnie i węzełek przeprowadzić od przodu przez jedno z wkłóć, przeprowadzając w ten sposób pętlę poza podniebienie".

Sposób obecnie zazwyczaj używany jestto sposób Bérarda. Igłę zakrzywioną, o długim trzonku, nawleka się podwiązką na 3 stopy długą i wkłuwa przez podniebienie od przodu ku tyłowi; nitkę chwyta się haczykiem albo pincetką od tylnéj strony i koniec wyprowadza przez usta; igłę się następnie wyciąga i wywleka z nitki. Następnie nawleka się ją drugą nitką i przeprowadza w ten sam sposób przez przeciwną połowę podniebienia, pętlę chwyta się jak poprzednio, wyciąga na krótką odległość i trzyma wywlekając igłę, pozostawiając ją podwójnie, t. j. pętlę poza podniebieniem, nitkę zaś podwójną od przodu. Tylny koniec pierwszéj nitki przeprowadza się przez pętlę drugiéj i wyciągając ostatnią, wyciąga się pierwszą na drugą stronę (Fig. 191 a i b). Zamiast użycia téj samej igły do przeprowadzenia obu nitek wygodniéj jest mieć dwie igły zakrzywione w przeciwne strony, każdą dla każdéj strony. W razie użycia drutu srebrnego do szycia wprowadza się obustronnie od przodu ku tyłowi pętle z nitek (t. j. obustronnie nitki podwójnie), w ka-

[1]) Por. protokół z zwycz. posiedzenia sekcyi lwow. Tow. lek. galic. z dnia 1 maja 1886 r. Przegląd Lek. 1887, Nr. 2, str. 37.

żdą pętlę zahacza się koniec drutu i przeprowadza go po pętlach na obie strony".

Że sposób B é r a r d a jest lepszy i praktyczniejszy od sposobu F e r g u s s o n a, na to zgadzają się wszyscy autorowie[1]) i ja z nimi, gdyż najpierw odpada czas potrzebny do wiązania obu nitek w środku, powtóre odpada tarcie węzła o rankę wkłucia, przez co ta ranka nie bywa narażona na niepotrzebny uraz, a po trzecie, ponieważ przeprowadzenie druta tym sposobem jest bardzo wygodne, czego sam doświadczyłem przy stafilorafii. Gorące polecenie sposobu B é r a r d a jest też celem niniejszego artykułu.

We Lwowie 23 grudnia 1891 r.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

M i u r a: **O istnieniu ołowiu w skórze.**

Jeżeli skórę robotników, mających z ołowiem do czynienia, posmarujemy jakiemkolwiek połączeniem alkalicznem siarki, otrzymamy zabarwienie brunatno-czarne, jako dowód, iż w miejscu tem znajduje się ołów. Najlepiéj występuje to u pokostników, choćby nawet przez dłuższy czas pokostowaniem się nie trudnili. Jestto dowodem, iż ołów znajduje się na powierzchni skóry. Rozchodzi się jednak o to, czy metal ten dostaje się drogą gruczołów i do głębszych warstw skóry, lub czy też znajdując się już w organizmie, nietylko drogą kiszek i nerek, ale i skórą na zewnątrz wydostać się usiłuje. Za ostatniem twierdzeniem przemawiają doświadczenia Moulina i Tiemanna. Ostatni za pomocą kataforezy prądu galwanicznego wprowadzał połączenia siarki w gruczoły skórne i tą metodą niewątpliwie dowiódł, że nietylko na powierzchni, ale i w głębszych warstwach skóry ołów osiada. Autor powtórzył za pomocą kataforezy te same doświadczenia, doszedł jednakowoż do wręcz przeciwnych wyników. U pokostników, po zmyciu pokostu, udowodnić mógł ołów tylko na powierzchni skóry, a nie w głębszych warstwach. Ołów znajdował się tylko na rękach, a zatem w miejscach bezpośredniéj styczności z metalem, nigdy zaś na pokrytych suknią częściach ciała. (*Brl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 44). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Dr. Alfred S o k o ł o w s k i: **O skrytych postaciach suchot płucnych** (Odczyty kliniczne wydawane przez redakcyję „Gazety Lekarskiéj“, seryja II., zeszyt I.).

Podzieliwszy cały obserwowany materyjał na 9 postaci, przechodzi autor pojedynczo te, pod któremi kryć się mogą suchoty płucne. Podział oparty jest na zmianach dotyczących pojedynczych narządów i tak:

1) Blednica wrzekoma (*pseudochlorosis*). Obok objawów cechujących blednicę zwraca autor uwagę na budowę klatki piersiowéj, potrzebę bardzo dokładnego badania téjże, gdzie zwykle mniéj lub więcéj wybitne zboczenia od stanu prawidłowego wykazać się dają, daléj poleca szczegółowe uwzględnienie wywiadów tak co do rodziny, jakoteż samego chorego, wreszcie przytacza szereg objawów, które pozwalają odróżnić blednicę wrzekomą jako formę gruźlicy od właściwéj blednicy.

2) Postać sercowa. Postać ta czyni wrażenie jakiegoś zboczenia w działalności nerwów regulujących czynności serca, nierzadko naśladować może wadę serca, przypomina wogóle postac poprzednią. Tu i tam po dłuższym lub krótszym przebiegu rozwijają się wyraźne zmiany w płucach. To też przy badaniu kładzie autor nacisk na te same momenty.

3) Zołzy wrzekome (*pseudoscrophulosis*). Postać ta dotyczy przeważnie dzieci. W początkach są objawy zołzów, poczem dołączają się zmiany czynnościowe w narządzie oddechania, a późniejszych dopiero okresach badanie przedmiotowe daje wyniki dodatnie.

4) Zimnica wrzekoma (*pseudomalaria*). Postać, która przy uwzględnieniu wszystkich momentów rozpoznawczych jest zwykle łatwa do odróżnienia od rzeczywistéj zimnicy, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie obok gorączki naśladującéj zupełnie przebieg zimnicy nie mamy żadnych danych, pozwalających podejrzywać sprawę prątkową. Tu bardzo wiele zależy na dokładnem i sumiennem obserwowaniu ciepłoty, zdarza się bowiem dość często, że typowy na pozór przebieg téjże nie jest nim w rzeczywistości, a obserwacyja taka przy uwzględnieniu wywiadów, budowy i stanu ogólnego chorego może strzedz od pomyłki rozpoznawczéj. Wreszcie i działanie chininy może być pewną wskazówką.

5) Postać żołądkowo-kiszkowa należy do najważniejszych. Występują tu zboczenia bądźto w czynności żołądka, bądźteż jelit jakoto: brak apetytu, nudności, odbijania, lub zboczenia w oddawaniu stolca, bolesność przy obmacaniu brzucha; w rzadkich przypadkach dają się w stolcach wykryć laseczniki Kocha, zwykle jednak dopiero z chwilą pojawienia się zmian przysłuchowych, a nawet wypukowych w płucach istotna sprawa się wyświeca.

6) Postać krtaniowa. Zmiany gruźlicze występują pierwotnie w krtani, przyczem chorzy czują się zupełnie zdrowi. Pomyłka rozpoznawcza jest możebna w przypadkach, gdzie nie możemy stanowczo orzec, jakiéj przyrody są owrzodzenia. Należy też oprócz szczegółowego badania mieć na uwadze dokładne wywiady. Umiejscowienie tych zmian jest rozmaite, a i objawy stosują się zupełnie do lokalizacyi.

7) Wrzekoma rozedma płuc. W przebiegu rozedmy dołączają się zmiany łączno-tkankowe (*phthisis fibrosa*) lub też na tle dawnych zagęszczeń rozwija się rozedma, dotycząca szczytów, nie dająca z początku albo żadnych objawów, albo też tylko objawy cechujące zwykłą rozedmę, a dopiero nagle rozwinąć się może sprawa gruźlicza często, z bardzo ostrym i szybkim przebiegiem.

8) Postać opłucnowa. Jedna z najczęstszych, gdzie na opłucny toczy się od czasu do czasu sprawa zapalna bądź bez płynnéj wypociny, bądź też z wysiękiem połączona. Rozpoznanie w przeważnéj ilości przypadków łatwe, zawsze prawie bowiem, jeśli nie badaniem przedmiotowem, to opierając się na opowiadaniu chorego o jego dolegliwościach i uwzględniwszy wywiady, uzasadnić je możemy.

9) Postać wrzekomo krupowa, występuje ostro, naśladując zapalenie płuc włóknikowe, gdzie cały płat bywa zajęty. Wskazówką w rozpoznaniu jest przedewszystkiem badanie drobnowidowe plwocin. Jeżeli ono daje wynik ujemny, wtedy tylko z prawdopodobieństwem rozpoznanie jest możebne, kierując się a) niestosunkiem między objawami wypukowemi a przysłuchowemi, b) stanem ogólnym chorego, c) pojawianiem się obrzęku kończyn, d) wielką dusznością. Wszystkie te objawy są jednak zazwyczaj za ma cechujące, aby całkiem stanowczo chorobę rozpoznać można.

Dr. Ludomił Korczyński

Położnictwo.

S t r a u c h (Moskwa): **O sztucznym porodzie przedwczesnym.**

S. donosi o 28 przypadkach sztucznego porodu przedwczesnego, które miały miejsce w przeciągu lat 1872 do 1887 w zakładzie domu dla podrzutków w Moskwie na 54,088 rozwiązań wogóle. Wskazaniem do zabiegu była 21 razy miednica wąska, 3 razy choroba Brighta, 4 razy nawykowe obumieranie płodu. Sposoby, według których postępowano, były następujące: prąd przerywany raz (bez skutku), *kolpeu-*

[1]) Porównaj także: 1) H o l m e s. *System of Surgery* Vol. II, str. 504—513. 2) E r i c h s e n. *The Science and Art of Surgery*, 7 Edit., Vol II, str. 511. 3) Thomas B r y a n t. *The practice of Surgery*, IV Edit., Vol. I. London 1884, str. 609 i Fig. 202 B. 4) Joseph B e l l. *A manual of the operations of Surgery*, V. Edit. Edinburgh 1883, str. 201, 202 i Fig. XXIX. 5) Arthur T r e h e r n N o r t o n. *A Textbook of operative Surgery*, II Edit. London 1886, str. 193 i tablica kolorowana 51. 6) Joseph D. B r y a n t. *Manual of operative Surgery*, Vol. II. New York 1888, str. 406 i Fig. 483, str. 405.

rysis według Brauna dwa razy, wstrzykiwania pilokarpiny 3 razy (bez skutku), przekłucie pęcherza 6 razy, wstrzykiwania Kiwischa 20 razy, wprowadzenie i zostawienie cewnika (sposób Krausego) 26 razy. W wielu przypadkach musiano używać kilku sposobów po sobie. Metodzie Kiwischa zarzuca S. to, że często sama nie wystarcza do wzbudzenia bólów, lecz że ona następowo obniża pobudliwość nerwów macicznych, tak że później nawet przez wprowadzenie cewnika silnych bólów wywołać nie można. Prócz tego można za pomocą tego sposobu łatwo zakażenie sprowadzić. S. zakłada świeczkę po należytem oczyszczeniu tak pochwy (przez przestrzykiwanie), jak i świeczki. Po wprowadzeniu przymocowuje ją w pochwie za pomocą tamponu z waty, gdy świeczkę całą wprowadzono, w przeciwnym razie przymocowuje koniec jéj wystarczający za pomocą nitki do odnogi. Wprowadzenie w położeniu kolankowo łokciowem nie jest wskazane, gdyż przy tem dostaje się powietrze do pochwy, co łatwo zakażenie sprowadzić może. Wyjmuje się świeczkę po całkowitem rozwarciu ujścia macicznego, po odpłynięciu wód, przy krwotokach, bólach kurczowych, nie ustępujących wobec zwykłego leczenia i gdy świeczka 24 godzin leżała. W ostatnim razie usuwa się ją ze względów przeciwgnilnych. Po wypróżnieniu pęcherza moczowego i odbytnicy dostaje ciężarna kąpiel nasiadową i zakłada się ewentualnie świeżą świeczkę. Jeżeli leczenie to nie wystarcza do wywołania porodu, to przekłuwano pęcherz. Wprowadzenie świeczki podczas bólów działa szybciéj niż wprowadzenie poza niemi. Z matek umarła tylko jedna, z powodu choroby Brighta. 8 dzieci nieżywych. Z 21 żywych umarło w pierwszych dniach 10. W 4 przypadkach, w których operowano z powodu nawykowego obumierania płodu, przychodziły płody nieżywe na świat, a przyczyną śmierci (sekcyja) była kiła. W przypadkach, w których operowano dla zwężenia miednicy (21 r.), uratowano tylko 45% dzieci i dlatego należy częściéj wykonywać zachowawcze cięcie cesarskie. (*Arch. f. Gyn.*, t. XXXI).

Dr. Bf.

Choroby skórne i weneryczne.

Patrzek: **Leczenie brodawek skórnych elektrolizą.**

Ponieważ leczenie chirurg. brodawek pozostawia często szpecące blizny, a przytem nie chroni od nawrotów cierpienia, przeto P. usuwał brodawki drogą elektrolizy i doszedł do przekonania, że ten sposób przewyższa inne. Używa bateryi o 16 elementach z cynku i węgla, wypełnionéj kwasem siarkowym i dwuchromanem potasowym. Biegun dodatni uzbraja igłą platynową, a biegun ujemny stalową; igły wbija równolegle na wysokości skóry w brodawkę zwilżoną poprzednio wodą słoną. W czasie przepuszczania prądu przez brodawkę można zauważyć powolną zmianę téjże, brodawka mięknie, przybiera barwę białą, szarą, potem nieco czarniawą, staje się ciastowatą. Zwykle jedno posiedzenie trwające 2—5 minut wystarcza, przy brodawkach większych dwa, a nawet trzy posiedzenia są potrzebne. Po téj operacyi brodawka zasycha i odpada. (*Internationale klin. Rundschau*, 1889, Nr. 50). *Dr. Kurasiewicz.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

W dalszym ciągu przemawiał na Zjeździe internistów Schmidt z Frankfurta o działaniu kochiny w gruźlicy krtani. Mowca miał pomyślne wyniki. Znacznego obrzęku krtani, albo takiego, któryby aż do tracheotomii doprowadził, nie widział nigdy. Z 39 przypadków lżejszych jest 18 wyleczonych, z 22 cięższych przypadków 7 wyleczonych, w jednym nastąpiło polepszenie. S. twierdzi, że kochina jest środkiem, który bezsprzecznie korzystnie działa w gruźlicy krtani, a przypisać to należy pomyślnym skutkom, które pozwalają tkance gruźliczej się oddzielić.

Dettweiler (Falkenstein) rozporządza spostrzeżeniami na 128 chorych. Z tych zostało uleczonych (wolnych od prątków) 4 = 3.1%, z polepszeniem 33·6%, bez zmiany 39%, pogorszenie nastąpiło w 19% przypadków, a umarło 4·7%. W porównaniu z wynikami otrzymywanemi zwykle przez leczenie klimatyczne w Falkenstein są to niemal przygnębiające rezultaty.

Sonnenburg (Berlin) przedstawia chorego, u którego zapomocą rękoczynu obok stosowania środka Kocha usunięto kawernę. Chory ten od tygodnia nie posiada prątków w plwocinach, stan jego jest dobry, a przybytek na wadze wynosi w 4 miesiącach 1½ klg. Dotąd wykonał S. 6 takich operacyj, z tych 1 przypadek wyleczony, 2 bliskie wyleczenia, 2 zakończyły się śmiercią. Dla operacyi koniecznym warunkiem jest zrost opłucnowy, który też zazwyczaj obok kawerny istnieje.

Ziemssen w Monachium miał wprawdzie kilka ujemnych rezultatów leczenia limfą Kocha, ma jednak nadzieję, że ostateczne wyniki będą pomyślne. Może zmiana w metodzie stosowania kochiny, oczyszczenie jej od trujących istot, posunie sprawę w dodatnim kierunku naprzód. Często Z. widział, że wyniki z początku dobre pogarszały się, a przyczynę tego widzi w tem, że wstrzykuje się za dużo i za często. Wybieranie przypadków odpowiednich jest bardzo ważnem. Gdy chorzy po wypuszczeniu z leczenia oddają się napowrót szkodliwościom swego zawodu, swej pozycyi socyjalnej, to u wielu z nich część pomyślnych rezultatów ginie. W tych przypadkach koniecznem jest powtórne leczenie. Leczenie ambulatoryjne nie powinno mieć miejsca w pierwszych tygodniach.

Fürbringer (Berlin) zapatruje się również pomyślnie na wynik leczenia metodą Kocha pomimo niejednego zawodu. Ze statystyki obejmującej więcej niż 100 przypadków ma F. 5% zupełnie wyleczonych, bez żadnych objawów chorobowych, przeszło 40% nadzwyczajnych polepszeń, 35% przypadków zaledwie polepszonych, i 20% bez polepszenia lub z pogorszeniem (pomiędzy temi 15% przypadków śmierci). Na pytanie, czy kochina wywołuje gruźlicę prosówkową w odległych częściach płuc, lub nawet w innych narządach, starał się F. odpowiedzieć, zestawiając wyniki sekcyj 11 osób zmarłych śród leczenia kochiną z wynikami 69 sekcyj nieleczonych kochiną. W rzeczywistości w zwłokach pierwszej kategoryi znajdowano stosunkowo częściej gruźlicę prosówkową ogólną (18% przeciw 13%), i płuc (36% przeciw 9%). Od 5 tygodni F. nie miał przypadka śmierci prawdopodobnie z powodu lepszego wyboru przypadków, i racyjonalniejszego stosowania środka w małych dawkach. Dla F. kochina jest środkiem, który wprawdzie często zawodzi i przedstawia pewne niebezpieczeństwa, którego korzyść przeciętnie przewyższa szkodę, jaką wyrządzić może.

Do zwolenników metody Kocha należy jeszcze z uczestników Zjazdu Cornet, którego statystyka jest bardzo pomyślną. C. stosował często bardzo duże dawki bez szkody dla chorego, podczas gdy niepokojące objawy widział często po małych dawkach (?). Dawał on także środek Kocha w postaci wziewań, poczem reakcyja bywała silniejszą niż po injekcyjach z takich samych dawek.

Jako przeciwnicy metody Kocha prócz Dettweilera wystąpili Naunyn z Strassburga, który wykazuje, że niebezpieczeństwa stosowania kochiny nie można przewidzieć, o ostrożnem postępowaniu mówić nie można, gdyż często po minimalnych dawkach występują groźne objawy, nadto Kast z Hamburga, Schultze z Bonn, Freymuth, Peiper, Thomas i inni

W końcu Naunyn zebrał treść dyskusyi, która wykazała, że pomyślnemu rezultatowi Schmidta z leczenia gruźlicy krtani nikt się nie sprzeciwił, podczas gdy wyniki leczenia gruźlicy płuc w ogólności są kwestyją sporną i nierozstrzygniętą. Z różnych stron podnoszono, że fizyjonomija klinik i szpitali ostatniej zimy przybrała przyjemniejszą postać; jednakże, gdy część mowców przypisuje to wyłącznie działaniu tuberkuliny, zwracają uwagę inni, że materyjał umyślnie wybierano taki, który się lepiej nadaje do leczenia kochiną, z czego wytłomaczyć się dają rezultaty pomyślniejsze, nie dające się jednak przez to porównać z dawnemi datami statystycznemi. (*Münch. med. Woch.* Nr. 15 i 16, i *Wien. med. Blätter* Nr. 16 i 17.) (C. d. n.) *Dr. Beck.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie 13 z dnia 8 listop. 1890 roku.

Przewodniczący kol. Bylicki. — Obecnych członków 24.

1) Kol. Gesang przedstawia trzech chorych: dwóch po wyjęciu zaćmy, a to jeden sposobem Graefego, drugi sposobem dawnym t. j. bez wycięcia tęczówki, którą to metodę obecnie napowrót wprowadzają Knapp, Gałęzowski i inni. Piersza metoda łatwiejsza, lecz druga daje lepsze wyniki co do bystrości wzroku i kosmetyczne. Trzeci chory po operacyi Förstera z bardzo dobrym wynikiem. — W dyskusyi biorą udział koll. Machek i Gesang.

2) Kol. Feigel przedstawia preparaty kilku bardzo rzadkich przypadków chorobowych, a mianowicie:

a) Przedziurawienie połkniętą igłą gardziela i tętnicy podobojczykowéj lewéj; śmierć z zakrwawienia.

Kobieta 22-letnia wstąpiła do szpitala z bólami w okolicy mostka. Badanie wykazało stłumienie wybitne w tem miejscu jakoteż szmery sercowe, ztąd podejrzenie powstało, że istnieje tętniak aorty. Chora nagle zmarła wśród objawów ostréj niedokrewności. Przy sekcyi znaleziono w okolicy pozamostkowéj górnéj w śródpiersiu zbity skrzep krwi rozległości główki dziecka, w żołądku również ogromny świeży skrzep krwi. W gardzielu tuż pod gruczołem tarczykowym napotkano otwór wielkości grochu z brzegami strzępiastemi nawskróś przedziurawiający ściany gardziela; tuż pod obojczykiem lewym obok mostka znaleziono całą grubą igłę, wreszcie mały otworek w tętnicy podobojczykowéj lewéj, z któréj nastąpił krwotok śmiertelny.

b) Brak pochwy — macica dwurożna rozdzielona. Części sromne zewnętrzne u kobiety dorosłéj 38-letniéj zupełnie prawidłowe. Błony dziewiczéj nie ma, z pochwy widać tylko 2 ctm. lejek w górze ślepo zakończony, otoczony ścianami zupełnie gładkiemi, tak szeroki, iż wygodnie duży palec wsunąć weń można. Powyżéj brak pochwy zupełny, a pozostało z niéj tylko zbite do 2 ctm szerokie a około 0·3 ctm. grube pasmo ścięgniste, przyrośnięte do tylnéj ściany pęcherza. Ponad pęcherzem widać macicę złożoną z dwóch rozbieżnych zbitych wałków mięsistych, grubości małego palca, 4 ctm. długich jak się na przekroju przekonano bez przewodów, z których końca górnego odchodzą więzadła obłe jakoteż jajowody, poza któremi widać dość wielkie, gładkie jajniki. Jestto t. zw. *uterus bicornis bipartitus. Defectus partis superioris vaginae.*

c) Zupełny brak pochwy, macica dwurożna rozdzielona.

U kobiety dorosłéj 58-letniéj widać części sromne zewnętrzne t. j. wargi sromne większe i mniejsze utrzymane. Natomiast wejście do pochwy jest zupełnie zamknięte kilku drobnemi brodaweczkami, powyżéj których widać maleńki otwór cewki moczowéj i zanikłą zupełnie łechtaczkę. Pochwy brak zupełny, a pozostało z niéj jedynie płaskie, około 1·5 ctm. szerokie i bardzo cienkie pasmo utkania zbitszego, zrośniętego z tylną ścianą pęcherza, ponad którym widać podobnie jak w poprzednim okazie macicę złożoną z dwóch rozbieżnych zbitych wałków mięsistych bez przewodów, z górnego końca których wychodzą więzadła obłe i jajowody prawidłowego kształtu, po za któremi widać małe gładkie jajniki: *uterus bipartitus bicornis rudimentarius. Defectus totalis vaginae.*

d) *Atresia introitus vaginae congenita. Haemato-colpometra.*

Przypadek ten dotyczy 22-letniéj kobiety, która była na oddziale Dra Szeparowicza i przedstawiała zrośnięcie pochwy wrodzone w miejscu błony dziewiczéj, jak się okazało po operacyi, 2·5 ctm. wysokie. Powyżéj zrośnięcia pochwa była znacznie rozszerzoną, macica wielkości główki dziecka, jama jéj jakoteż szyja macicy bardzo znacznie rozszerzona tak, iż wraz z pochwą tworzyły jedną podłużną jamę, na któréj ścianach zaledwie rozpoznać można było miejsce, gdzie było ujście zewnętrzne macicy po zakarbowaniu w ścianie i większéj grubości scian powyżéj takowego. Po rozcięciu zrośnięcia wypłynęła z jamy téj obfita, brudno-czerwona, rozłożona krew. Chora umarła po operacyi z powodu zapalenia około macicznego i ogólnego otrzewny.

e) *Epispadiasis summi gradus.*

U 28-letniego mężczyzny widać prącie do 2 ctm. długie, dość grube, w górze rynienkowate, z otwartą cewką moczową, z napletkiem tylko dolną połowę główki prącia pokrywającym, z tak obszernym otworem w ścianach brzusznych prowadzącym nad prąciem do pęcherza, iż wygodnie i bez trudności palec wskazujący do pęcherza wsunąć się dawał. Z powodu zapalenia pęcherza i ropnego zapalenia nerek nastąpiła śmierć chorego. Obdukcyja wykazała przytem zdrowe jądra w worku mosznowym i prawidłowe pęcherzyki nasienne.

f) *Epispadiasis et ectopia vesicae urinariae.*

U noworodka męskiego napotkano wysoki stopień wierzchniactwa *(epispadiasis)*, prącie grubości palca dziecka do 1 ctm. długie, z cewką rynienkowato u góry otwartą, napletkiem tylko spód prącia pokrywającym; nad spojeniem kości łonowych, zupełnie prawidłowem, miejsce podłużne, 1·5 ctm. wysokie, do 1 ctm. szerokie, w którem zamiast skóry brzucha widać utkanie nierówne, pomarszczone, krwawo-czerwone, z 2 brodaweczkami w środku otworkami opatrzonemi (uścia moczowodów), otoczone prawidłową skórą ściany brzusznéj. Moczowody prawidłowe nie rozszerzone, nerki prawidłowe.

Koll. Rosner Jan i Stroynowski opisują widziane przez siebie a do powyżéj wymienionych podobne nieprawidłowości części rodnych żeńskich. Kol. Bylicki przechodzi pokrótce anatomiję części rodnych żeńskich, sposób tychże powstawania u płodów i przyczyny zboczeń. Kol. Feigel zastosowuje to do preparatów, które przedstawił.

3) Nastąpił wykład kol. Sielskiego o elektrolizie w ginekologii, który będzie drukiem w całości ogłoszony.

Za sekretarza *Dr. Mukowicz.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 6 maja.

* Wystawa przemysłowo-lekarska. Komitet VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie postanowił na posiedzeniu odbytem 26 kwietnia urządzić podczas zjazdu w lipcu b. r. wystawę przemysłu lekarskiego i wynalazków naukowych polskich. Wystawa ta obejmie wszelkie przedmioty mające styczność z leczeniem chorych, pielęgnowaniem zdrowia, z nauką medycyny i naukami przyrodniczemi w najobszerniéjszem tego słowa znaczeniu, jakoteż wszelkie wynalazki naukowe polskie. Wyroby obce z wystawy są stanowczo wykluczone i tylko przedmioty w kraju przez polskich przemysłowców wykonane do tejże przypuszczone będą. Dział farmaceutyczny już obecnie zapowiada się bardzo obficie, a panowie aptekarze znajdą na wystawie tyle pożądane pole do zaprodukowania swoich wyrobów, za jakie jeszcze setki tysięcy naszych pieniędzy za granicę wędruje. Komitet zwraca się z prośbą do osób posiadających prywatne zbiory przyrodnicze, czy to mineralogiczne, fizyczne, botaniczne, zoologiczne, anatomiczne i wszelkie z naukami pomocniczemi medycyny związek mające, aby zechciały wystawę obesłać. Również prosi Komitet zakładów naukowych posiadających szczególniejsze okazy w tym rodzaju, by ich wystawie nie poskąpiły, a tem samem przyczyniły się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa. Ważnym także będzie osobny dział publikacyj i wydawnictw przyrodniczych i lekarskich z ostatniego dziesiątka lat t. j. od 1881 r. aż do dni obecnych. Komitet prosi redakcyj pism peryjodycznych i wydawnictw książkowych, aby okazy swoje na wystawę nadesłały, byśmy naocznie zestawili nasz dorobek naukowy. Komitet stara się o wszelkie ułatwienia transportu i zapewnia, że szanowni wystawcy na żadne straty nie będą narażeni, czyni też wszystko, aby koszta dla wystawców były minimalne. Dotychczas nadeszła już pokaźna ilość zgłoszeń i ta też zachęciła Komitet do rozszerzenia ram wystawy jak wyżéj wspomniano. Zależy bardzo Komitetowi, aby zgłoszenia były jak najwcześniejsze a to celem dokładnego ułożenia i naukowego zestawienia katalogu, który powinien dawać obraz całości, a przecież ułatwiać oryjentowanie się w nagromadzonym materyjale. Komitet zamianował referentem wystawy i przewodniczącym komisyi wystawowéj Dra

Michała Śliwińskiego (Mikołajska, 4), do którego też zechcą się zwracać wszyscy interesowani we wszelkich sprawach dotyczących wystawy.

* *W sekcyi chirurgicznéj VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich* zgłasza odczyt Dr. W. Wehr (ze Lwowa): O *molluscum contagiosum* (z okazaniem preparatów).

* Po dłuższéj nieobecności powrócił prof. Jaworski do Krakowa, i pokrzepiony na ciele rozpoczął swoje wykłady oraz czynnności lekarskie.

* Znany u nas portrecista p. Pochwalski otrzymał polecenie od JE. p. Ministra Oświecenia w Wiedniu, aby sporządził kosztem Rządu portret JE. Dra Józefa Majera, b. prezesa Akademii Umiejętności. Portret ten pozostanie własnością Akademii.

* Egzamina celem uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia rozpoczną się w Krakowie w terminie majowym d. 12 b. m. Tym razem przypuszczonych zostało do egzaminu 9 kandydatów.

* W tygodniu 16-ym (od 19—25 kwietnia) było w Krakowie na 74,590 mieszkańców małżeństw 6, urodzin 40, skonów 53 (36·95), z tych z gruźlicy 15, z zapalenia płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit 4.

[redacted]

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 16 Maja 1891. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopisma
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przypadek zatrucia kokainą.

Podał
Docent Dr. Rudolf Trzebicky w Krakowie.

Rzadko który środek stał się tak szybko popularnym w lecznictwie, jak kokaina zalecona przez Landerera[1]) do miejscowego znieczulenia. Zalety téjże są wielkiemi i w oczy bijącemi. Jak z jednéj strony środek ten daje nam możność wykonywania całych szeregów małych operacyj prawie bez bólu, tak z drugiéj strony przy znacznéj liczbie chirurgicznych rękoczynów czyni narkozę chloroformową zbyteczną. Dla chirurga z zawodu ostatnia ta okoliczność nie przedstawia może tak wielkiego znaczenia, dla lekarza praktykującego jednak, który po największéj części ani należytej wprawy w chloroformowaniu nie posiada, ani nie rozporządza rutynowaną asystą, możność pominięcia narkozy chloroformowéj przedstawia korzyści nieocenione. Tu i ówdzie zaszłe przypadki lżejszego i cięższego, a nawet śmiertelnego zatrucia kokainą, nie potrafiły ani na chwilę dobrą wiarę w nią zachwiać.

Przejrzyjmy literaturę znanych przypadków zatrucia kokainą, a spostrzeżemy, że większéj ich ilości nie należy kłaść na karb samego środka, tylko przyczyny powikłań tych należy dopatrywać się w zadużéj dawce świadomie lub nieświadomie zadanéj, podczas gdy po małych, w praktyce zwykłéj wystarczających dawkach, groźne te objawy nader są rzadkiemi. W ogóle najwyższa dawka stósowana przez Wölfera[2]) na głowie 0·02, a na kończynach 0·05, zdaje się stanowić granicę, któréj nie wolno przekraczać. Oprócz tego trzeba mieć zawsze na pamięci, że kokaina u starców, charłaków, nerwowych i chorych na serce lub nerki o wiele silniejsze działanie rozwija, niż u zdrowych. Uderzającą jest jednak rzeczą, że pomiędzy znanemi przypadkami zatrucia tak mało stosunkowo jest przypadków u dzieci, co może częściowo i ztąd pochodzi, że u nich kokainę wogóle mniéj i rzadziéj stosuje się, a chętniéj narkozę chloroformową.

Ponieważ przed kilku miesiącami obserwowałem przypadek zatrucia nader zatrważającego u 2½ rocznego chłopca, przeto ośmielam się tenże podać do publicznéj wiadomości nie z tym zamysłem, aby przez to dotychczas jeszcze zamglony obraz przypadków przy zatruciu kokainą rozświecić, lecz aby nacisk położyć na ostrożność przy zastosowywaniu kokainy u dzieci.

Przed kilku miesiącami zostałem zawezwanym do Nowego Brzeska w Królestwie polskiem do 2½ letniego chłopca Iwana T., syna oficera straży granicznéj rosyjskiéj. Od lekarza ordynującego Dra Siedlewskiego dowiedziałem się, że od 2 dni utrzymują się przypady zupełnéj niedrożności jelit. Chory przedtem był zupełnie zdrowym; przepukliny nie zauważono nigdy u niego, niedrożność jelit miała wystąpić nagle i ze silnym bolem brzucha. Zastałem nad wiek dobrze rozwiniętego chłopca z boleśnie wykrzywionym wyrazem twarzy, w łóżku leżącego. Brzuch był równo wzdęty, przy dotyku bolesny. W prawym przegubie pachwinowym guz do moszen schodzący, podłużnie owalny, wielkości jaja gołębiego; wypuk ponad tymże przytłumiony. Ciepłota normalna, tętno 100 pełne i silne. Oddech regularny, nie przyspieszony. Od 2 dni ani stolca ani wiatrów, od 24 godzin wymioty. Zważywszy długie trwanie niedrożności jelit, nie usiłowałem wcale wprowadzić przepukliny, lecz przystąpiłem odrazu do herniotomii. Wykonałem ją pod miejscowem znieczuleniem kokainą, gdyż nie rozporządzałem do narkozy chloroformem odpowiednią liczbą asystentów, bo pomagał mi tylko kolega ordynujący, a zresztą od 2 lat, gdy chorego zachloroformowanego przed herniotomiją, wskutek aspiracyi wymiotów kałowych utraciłem, wykonywam wszystkie herniotomije przy miejscowem znieczuleniu tkanek kokainą, bez chloroformu i to z zadowalającym skutkiem. Wstrzyknąłem więc w pole operacyjne na 4 miejscach całą strzykawkę Pravaza 5% roztworu (0·05) kokainy; operacyja przeszła gładko i bez bólu, pomijając krzyki dziecka wskutek obawy

[1]) *Locale Anästhesie mit subcutanen Cocaininjectionen, Centralblatt für Chirurgie* 1885, pag. 841. — [2]) *Zur toxischen Wirkung des Cocain. Wien med. Wochenschrift* 1889, Nr. 18.

wydawane. Po operacyi przeniesiono dziecko do łóżka, gdzie się zupełnie spokojnie zachowywało i na zadawane pytania jasne odpowiedzi dawało. Po pół godzinie jednak nagle zmienił się obraz; dziecko, przedtem zupełnie spokojne, popadło nagle w stan ostrego podniecenia, zaczęło nóżkami wierzgać, wykonywało rączkami ruchy, jak gdyby jakiś przedmiot w powietrzu uchwycić chciało, stało się nader rozmownem, bełkotało jednak niewyraźne dźwięki. Głośno zawołane dawało jednak zrozumiałe odpowiedzi, przytomność więc choć częściowo otrzymaną była. Wkrótce wystąpiły silne kloniczne drgawki kończyn, twarz zbladła i pokryła się zimnym potem, spojówki były silnie nastrzykane, źrenice mocno rozszerzone oddziaływały nader gnuśnie, zyz zbieżny. Tętno nitkowate nie do zliczenia, a często i niewyczuwalne, oddechy przyspieszone płytkie, później wyraźny typ Cheynego-Stokesa. W stanie tym dziecko zdawało się być nieprzytomnem, gdyż pomimo głośnego wołania nie można było dostać odpowiedzi, a dziecko krzyczało tylko bezustannie „ki, ki“. Z trudnością połykało łyżeczkami podawane płyny, przyczem wskutek wpadnięcia kilku kropel do krtani, zawsze kurczowy kaszel następował.

Te zatrważające objawy, pomimo zastosowania środków podniecających (jak eteru, *trac strophanti*, czarnéj kawy, wina, gorczyczników na klatkę piersiową i łydki) trwały z jednakiem nasileniem aż do wieczora (w całości $8\frac{1}{2}$ godzin). Zastosowania morfiny i amylnitrytu, z uwagi na słabe i przepuszczające tętno, musiałem zaniechać. Napady drgawek pod wieczór stawały się rzadszemi tak, że pomiędzy pojedynczemi następowały przerwy trwające 20 do 30 minut; tętno było znowu dobrze wyczuwalnem (120 uderzeń), oddechy regularne, a chory popadł w głęboki sen, z którego dopiero po 9 godzinach przez napad 4 godziny trwający, a natężeniem swem podobny do poprzedniego, obudzony został. I wśród tego drugiego napadu przytomność utracił. W następnym dniu występowały krótko powtarzające się napady z podobnemi, jednak słabszemi przypadami.

Na trzeci dzień dziecko było całkiem rzeźwem i już nie okazywało żadnych oznak zatrucia kokainą. W dniu operacyi nastąpiło całkowite zatrzymanie moczu przy próżnym pęcherzu, w następnym dniu mocz nic nieprawidłowego nie przedstawiał.

Na gojenie się rany ta przykra komplikacyja zatrucia kokainą nie wywołała żadnego wpływu; rana zgoiła się przez rychłozrost Ciężkie przypady zatrucia nastąpiły w tym przypadku po zastrzyknięciu 0·05 kokainy, dawki, którą Wölfler jako dozwoloną dawkę maksymalną podaje. Ilość tę jednak tylko dorosłym bez narażenia na niebezpieczeństwo można wstrzykiwać. u dzieci dawka ta, o ile z przytoczonego tu przypadku sądzić można, stanowczo jest za dużą.

II. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad podnoszeniem się ciepłoty podczas gnicia narządów ustroju uległego chorobom zakaźnym.

Podał

Dr. Justyn Karliński,

lekarz powiatowy w Konjicy w Hercogowinie.

(Dok. Patrz Nr. 19.)

Doświadczenie III.

W dniu 25/3 1890 r. wykonywając obdukcyję pacyjenta zmarłego w 9 dniu duru brzusznego, u którego nadto zapalenie włóknikowe całego płuca prawego się znalazło, wyjąłem znacznie powiększoną śledzionę bez uszkodzenia torebki, a po $\frac{1}{4}$ godzinnem zanurzeniu w sublimacie, wydobywszy poprzednio małą ilość treści celem zbadania bakteryjologicznego, opatrzyłem ciepłomierzem maksymalnym a następnie zawinąwszy w grubą warstwę nasyconej sublimatem bibuły, włożyłem do również sublimatem nasyconego worka płóciennego i z tym w pudełku papierowem zakopałem w głębokości 96 ctm.

Z powierzchni przekroju wątrobiastego płuca prawego zebrano również nieco cieczy śmietankowéj, celem badania bakteryjologicznego, a następnie opatrzywszy ciepłomierzem maksymalnym, który podobnie jak ów w śledzionie 10° C. okazywał — bez zawijania w bibułę napojoną sublimatem w równéj co i śledzionę głębokości zakopałem. To samo uczyniłem z płucem lewem.

Badanie bakteryjologiczne treści śledzionowéj wykazało na odpowiednich hodowlach płytkowych wielką ilość prątka durowego, z cieczy zaś śmietankowéj z powierzchni przekrojonego płuca wzrosły na płytkach gelatynowych i agarowych prątki durowe wraz z prątkiem otorbionym Friedländera.

Dnia 25/5 odkopano płuco lewe, przeobrażone już w ciecz brunatną, w której spoczywający ciepłomierz 27·6° C. okazywał. Drugi ciepłomierz, który dla kontroli w odległości 30 ctm. od płuca w ziemi spoczywał, okazywał zgodnie z równocześnie odczytaną ciepłotą ziemi 14·2 C.

Dnia 26/5 odkopano płuco prawe (poprzednio zwątrobiałe) a znaleziony w cieczy gnilnéj ciepłomierz okazywał 32·4° C., podczas gdy ciepłota ziemi 14·4° C. wynosiła. — A zatem w płucu poprzednio chorobowo zmienionem podniesienie się ciepłoty wyniosło 18·0° C., podczas gdy w płucu poprzednio zdrowem podczas gnicia ciepłota o 13·4° C. wzmogła się.

Usiłowania w celu wyhodowania z gnijącéj cieczy drobnoustrojów w płucu znalezionych, mimo stosowania wielkiego rozcieńczenia, nie zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. W cieczy téj znalazło się bardzo wiele drobnoustrojów z grupy Proteus, między niemi zaś najwięcéj z rodzaju fluoreskującego, bardzo silny zaduch wytwarzającego.

Dnia 25/6 odkopałem pudełko, w którem śledziona spoczywała, a wśród bibuły znalazła się treść mazista brunatnego koloru, w któréj szczątki torebki i żył śledzionowych odnaleźć można było. Ciepłomierz maksymalny wskazywał 29·4, a zatem wzniesienie nad ciepłotę ziemi o 14·0° C. — Mazistą ciecz z zgniłéj śledziony wziąłem do badania bakteryjologicznego przez stosowanie hodowli płytkowych i obrotowych, które obok 4 rodzajów drobnoustrojów żyjących jedynie w atmosferze tlen posiadających i 2 zdolnych do życia bez obecności tlenu wykazało obecność co prawda znikomie małéj ilości prątków durowych.

Niższy stopień rozkładu miazgi śledzionowéj i znacznie mniejszą ilość drobnoustrojów gnilnych przypisać muszę zawinięciu w napojoną sublimatem bibułę i szmatę, które dostęp obcym drobnoustrojom utrudniły.

Doświadczenie IV.

Dnia 1/4 zakopałem płuca pacyjenta zmarłego z ogólnéj gruźlicy, u którego obok znacznych nacieków i jamy rozpadowe się znalazły, opatrzone ciepłomierzem maksymalnym ustawionym do ciepłoty 10·0° C. w pudełku drewnianem w ziemi w głębokości 96 ctm. Ciepłomierz maksymalny drugi służyć mający dla kontroli znajdował się w odległości 30 ctm. od pudełka.

Dnia 1/7 a więc po czteromiesięcznym pobycie w ziemi odkopano pudełko, w którem płuca zupełnie zgniłe w ciecz mazistą przeobrażone znachodziły się, a ciepłomierz tamże będący okazywał 37·6° C., podczas gdy ciepłomierz do kontroli służący, zgodnie z ciepłomierzem do mierzenia ciepłoty ziemi użytym 16·1° C. okazywał. Podniesienie się zatem ciepłoty podczas gnicia wynosiło 21·5° C.

W kilku preparatach mikroskopowych, sporządzonych z owéj mazistéj masy, wykazać mogłem przez stosowanie metody barwienia Gabetta wybitne i dość liczne prątki gruźlicze, nie okazujące zmian w wymiarach, kształcie lub nasileniu w przyjmowaniu barwika.

Doświadczenie V.

Dnia 10/4 wykonywałem w szpitalu wojskowym w Stolacu obdukcyję żołnierza V. K., zmarłego z włóknikowego zapalenia płuc. Płuco prawe zupełnie zwątrobiałe zakopałem wraz z ciepłomierzem maksymalnym ustawionym do 10·2° C. w głębokości 97 ctm. w skrzyneczce drewnianéj. Płuco lewe zajęte zapaleniem jedynie w płacie dolnym wraz z ciepłomierzem zawinąłem w grubą warstwę bibuły i szmaty nasy-

conej sublimatem a następnie w skrzyneczkę drewnianą włożone, zakopałem w równéj głębokości co i płuco prawe. — Wątroba i śledziona wraz z odpowiedniemi ciepłomierzami zakopane zostały wraz z tekturowemi skrzyneczkami w tejże samej głębokości. — Z powierzchni zapaleniem dotkniętych płuc zebrano przed zakopaniem nieco śmietankowéj cieczy i użyto do badania bakteryjologicznego, które za pomocą hodowli na płytkach agarowych przy ciepłocie termostatu 37° C. przeprowadzone, okazało obecność drobnoustroju kulistego Fraenkla - Weichselbauma (*Diplococcus lanceolatus*), podczas gdy hodowle z wątroby i śledziony zupełnie jałowo wypadły.

Po miesięcznym pobycie w ziemi odkopano płuco lewe, które dzięki zawinięciu w nasyconą sublimatem bibułę i szmatę niezupełnie zgniłe znaleziono. Ciepłomierz w płucu znaleziony wskazywał 30·1° C., a więc podniesienie ciepłoty w porównaniu do ciepłoty ziemi o 16·3° C.

Śledzionę odkopano po 2 miesięcznym pobycie w ziemi, a ciepłomierz znaleziony w zupełnie zgniłéj miazdze okazywał 29·4° C. (podniesienie się = 14·4° C.). Wątroba i płuco prawe okazywały po 3 miesiącach wysoki stopień zgnilizny, ciepłomierz zaś zawarty w pierwszej okazywał 31·4°C. (podniesienie się ciepłoty w porównaniu z ziemią = 15·2° C.), w drugiem 34·6° C. (podniesienie się o 18·4° C.). Dodać muszę, że suma opadu atmosferycznego w owych 3 miesiącach wynosiła 116 mm. na □ m.

Ponieważ drobnoustrój zapalenia płuc włóknikowego (*Diplococcus lanceolatus*) żywotność swoją i jadowitość wśród możliwie wyborowych warunków już po kilku dniach utraca, zdawało mi się zbytecznem przeprowadzenie dochodzenia drogą hodowli i szczepienia obecności jego w zgniłéj miazdze płucnéj.

Doświadczenie VI.

Śledzionę pacyjenta zmarłego w drugim tygodniu duru brzusznego, zawierającą, jak to hodowle płytkowe okazywały, znaczną ilość prątka durowego, opatrzoną ciepłomierzem maksymalnym, w skrzyneczkę drewnianą włożywszy, zakopałem dnia 25/4 w ziemi w głębokości 98 ctm. — Po miesięcznym pobycie w ziemi okazywał ciepłomierz znachodzący się w zupełnie zgniłéj miazdze śledzionowéj 36·6° C. a zatem podniesienie się ciepłoty o 22·4° C. w porównaniu z ciepłotą ziemi w owéj porze. Hodowle płytkowe uskutecznione przy stosowaniu wielkiego rozcieńczenia zgniłej miazgi śledzionowéj nie dały dodatniego wyniku co do obecności prątków durowych. Drobnoustroje pożywkę żelatynową rozpuszczające znalazły się na odpowiednich płytkach w przeważnéj ilości kolonij.

Nieznalezienie prątków durowych tłomaczyć sobie muszę współdziałaniem produktów rozkładowych przy rozwoju drobnoustrojów gnilnych, których szkodliwy wpływ na żywotność zarazka durowego wielokrotnie przy badaniu zachowania się tegoż w wodzie, kale i ziemi miałem sposobność spostrzegać. W jaki sposób zniszczenie prątka durowego w obec obecności grzybków cechujących się szybkiem rozpuszczaniem podłoża gelatynowego do skutku przychodzi, dotychczas rozstrzygnąć nie mogłem, wpływy chemicznéj natury niezaprzeczenie działać tu muszą, gdyż jak mnie wielokrotnie powtarzane doświadczenia pouczyły, podłoże, na którem poprzednio drobnoustroje gnilne rosły, staje się po dość krótkim czasie nieprzydatnem do rozwoju prątka durowego.

Pożywka rosołowa, w któréj przez dni 5 prątek Hausera: *Proteus vulgaris*, jeden z najczęstszych drobnoustrojów napotykanych przy gniciu mięsa, rósł, zjałowiona dokładnie przez 3-krotne działanie pary wodnéj o ciepłocie 100° C., w ciągu dni 3, staje się zupełnie nieprzydatną dla rozwoju prątka durowego. Na pożywce agarowé:, na któréj drobnoustrój ten przez dni 3 rósł, zaszczepiony po dokładnem poprzedniem zjałowieniu prątek durowy rośnie mimo doborowych warunków, jak wilgoć i ciepło, nadzwyczaj nędznie, co wszystko za obecnością pewnych przetworów chemicznych, wytworzonych przez prątek ten, przemawiać się zdaje.

Doświadczenie VII.

Ze zwłok nieboszczyka, zmarłego z gruźlicy prosówkowéj dnia 10/5, użyłem znacznie nacieklych płuc, śledziony i wątroby do nowego doświadczenia. Zaopatrzywszy narządy te ciepłomierzami maksymalnemi, zakopałem je w głębokości 95 ctm. i odkopawszy po upływie pewnego czasu śledziłem podniesienia się ciepłoty. Jako wynik otrzymałem:

płuca, odkopane po 2 miesiącach okazują 38·2° C.
śledziona, odkopana po 1 miesiącu okazuje 37·4° C.
wątroba, „ po 2 miesiącach „ 37·8° C.,

podnoszenie się zatem ciepłoty w porównaniu z równoczesną ciepłotą ziemi wynosiło

w płucach: 22·0° C.,
w śledzionie: 22·4° C.,
w wątrobie: 21·6° C.

Nadmienić muszę, że odkopane po 2 miesiącach płuca nie były jeszcze zupełnie uległy gniciu, gdyż dokładnie kawałki zgrubiałéj opłucny i szczątki tchawicy rozróżnione być mogły. W miazdze gnijących narządów wielokrotnie wykazać się dały prątki gruźlicze za pomocą metody Gubetta.

Doświadczenia VIII.

W dniu 20/4 miałem sposobność wykonania obdukcyi owcy zdechłéj z wąglika, przy téj sposobności zużyłem płuc, wątroby i śledziony do doświadczenia nad podnoszeniem się ciepłoty przy gniciu. Z narządów tych wziąłem przede wszystkiem drobne cząstki, celem stwierdzenia drogą hodowli i szczepienia przyrody zakażenia, a następnie pojedynczo zawinąwszy w czyste szmaty lniane, zakopałem w głębokości 95 ctm. Równocześnie także same narządy wyjęte z zarzniętéj zdrowéj owcy zakopałem przy zastosowaniu tychże samych warunków.

Jako wynik otrzymałem, że

płuca owcy zdechłéj	z wąglika	okazywały	po 3 miesiącach 34·3° C.
„ „ zdrowéj		„	po 3 miesiącach 30·4° C.
wątroba owcy zdechłéj	„	okazywała	po 2 miesiącach 36·4° C.
„ „ zdrowéj		„	po 2 miesiącach 30·1° C.
śledziona owcy zdechłéj	„	„	po 1 miesiącu 38·4° C.
„ „ zdrowéj		„	po 1 miesiącu 32·4° C.

Podniesienie się zatem ciepłoty przy gniciu w porównaniu do ciepłoty ziemi wynosiło w płucach, wątrobie i śledzionie owcy z wąglika zdechłéj 17·7° C., 21·4° C., 24·5° C., w tychże narządach owcy zdrowéj 13·8° C., 15·1° C., 18·3° C.

Drogą przeszczepienia na wrażliwe na wąglik króliki i myszy, jakoteż przez hodowle prątkowe wykazanie prątków wąglikowych w miazdze zgniłéj nie udało się, podczas gdy przeszczepienie uskutecznione zaraz po obdukcyi, dodatnim uwieńczone było skutkiem.

Doświadczenie IX.

W dniu 1/6 zużyłem tych samych narządów co w doświadczeniu VIII, wydobytych przy obdukcyi owcy zdechłéj nieco przedwcześnie z wąglika zaszczepionego jéj umyślnie w celu zebrania surowicy krwi w przebiegu zakażenia, do podobnego doświadczenia, w którem narządy te jedynie przez 1 miesiąc w ziemi pozostawały.

Celem przekonania się, czy podnoszenie się ciepłoty przy gniciu narządów ustroju uległego zakażeniu w porównaniu do takiegoż przy gniciu narządów zdrowych stale stwierdzić się daje, i tym razem użyłem narządów odpowiednich z owcy zdrowéj jako kontroli.

Jako wynik otrzymałem:

płuca owcy zdechłéj z wąglika okazywały 31·1° C.,
podnoszenie się ciepłoty = 15·0,
„ „ zdrowéj okazywały 27·6° C.,
podniesienie się ciepłoty = 11·0,

śledziona owcy zdechłéj z wąglika okazywała 34·6° C.,
podniesienie się ciepłoty = 18·5,
„ „ zdrowéj okazywała 30·0° C.,
podniesienie się ciepłoty = 13·9,
wątroba owcy zdechłéj z wąglika okazywała 34·2° C.,
podniesienie się ciepłoty = 18·1,
„ „ zdrowéj okazywała 29·6° C.,
podniesienie się ciepłoty = 13·5.

I tym razem nie mogłem mimo bardzo licznych hodowli i przeszczepień w zgniłéj miazdze narządów owcy zdechłéj z wąglika swoistych prątków wykazać.

Doświadczenie X.

Zwłoki kury zdechłéj z t. zw. cholery kurzéj, po stwierdzeniu drogą mikroskopową obecności drobnoustrojów swoistych we krwi, zaopatrzone ciepłomierzem maksymalnym, włożonym do brzucha, zakopałem w głębokości 96 ctm. w d. 15/6 1890. Po 6 cio tygodniowym pobycie w ziemi odkopawszy, znalazłem wśród wcale dobrze utrzymanego szkieletu ciepłomierz wskazujący 32·4° C., a zatem wynosiło podniesienie się ciepłoty 16·0° C. Wykazanie drobnoustrojów swoistych w ziemi przesiąkłéj miazgą gnilną, ani drogą szczepień ani drogą hodowli nie udało się.

Zbierając wyniki małego tego, z niezależnych odemnie przyczyn przerwanego szeregu doświadczeń, przychodzę do następujących wniosków:

1° że podczas gnicia zakopanych w ziemi narządów podniesienie się ciepłoty w porównaniu do takiejże ziemi ma miejsce;

2° że podniesienie to przy gniciu narządów osób i zwierząt zakażeniu uległych jest znaczniejsze niż przy gniciu narządów zdrowych;

3° że podniesienie się ciepłoty nie tylko, jakby to po doświadczeniach Schotteliusa przypuszczać można, jedynie w narządach gruźliczych następuje;

4° że wśród sprzyjających warunków, jak n. p. nieobecności lub utrudnionego dostępu grzybków wybitnie gnilnych prątki durowe przy gniciu śledziony durowéj do 3 miesięcy żywotność swoją zachowują i jedynie przy szybkim rozkładzie i obecności owych drobnoustrojów szybszemu obumarciu ulegają.

Szkoła berlińska upatrująca w wodzie najważniejsze źródło zakażenia durowego, sceptycznie zapatruje się na rolę ziemi przy powstawaniu epidemicznego wybuchu chorób zakaźnych; wyniki dotychczasowych moich poszukiwań nad żywotnością prątków durowych w ziemi, któremi podzielić się wkrótce zamierzam z Czytelnikami „Przeglądu“, równie jak i wyniki 2 pierwszych doświadczeń z śledzionami durowemi nie mogą mnie skłonić do zupełnego ignorowania roli ziemi przy powstawaniu epidemicznych wybuchów duru.

Konjica w lutym 1891 r.

LITERATURA. 1) Pettenkofer: Ueber den Kohlensäuregehalt der Grundluft im Geröllboden zu München. Zeitschrift für Biologie, B. VII. — 2) Fodor: Hygienische Untersuchungen über Luft, Boden und Wasser. 1882. — 3) Möller: Ueber die freie Kohlensäure im Boden. Mittheilungen aus dem forstlichen Versuchswesen in Oesterreich 1878, Heft 2. — 4) Wollny: Untersuchungen über den Kohlensäuregehalt der Bodenluft. Landwirtschft Versuchstation Bd. XXV i XXXVI. 5) Soyka: Die Lebensthätigkeit niederer Organismen bei wechselnder Bodenfeuchtigkeit. Prager med. Wochschft 1885. — 6) Hüppe: Berl. klin. Wochschft 1887, Nr. 12. — 7) Zeitschrift für Hyg enie 1889, T. VI. — 8) Archiv. de méd. expérim. Tome 1. p. 33 etc. — 9) Centralblatt für Bakteriol. T. VI. 1889. — 10) Archiv. f. Hygiene. T. XI. Heft I. — 11) Pfeiffer: Einfluss der Bodenwärme auf die Verbreitung u. den Verlauf der Cholera. Zeitschrift für Biologie VII. — 12) Emmerich: Die Verunreinigung der Zwischendecken. Zeitschrift für Biologie VIII. — 13) Centralblatt für Bakteriologie T. VII. Nr. 9.

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie 14 z dnia 22 listop. 1890 roku.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 15. Jako gość kol. Orzechowski z Krakowa.

Na wniosek kol. przewodniczącego wyrażono podziękowanie Radcy Merunowiczowi i prof. Czyżewiczowi za ich gorliwą pracę około nowéj ustawy sanitarnéj.

2) Przewodniczący podaje na porządek dzienny naprzód sprawę wynalazku Kocha.

Zabiera głos kol. Wehr. Po przejściu historyi tegoż wynalazku i ważniejszych jego szczegółów twierdzi, że w obec ważności i rozgłosu téj sprawy wyczekująco zachować się nie można, tak ze względu na naukę samą jak i na chorych i radzi, by sekcyja zapatrywanie swoje w téj mierze ogłosiła.

Kol. Szpilman pokazuje strzykawkę Kocha, którą od 4 lat posiada. Zalety jéj 1) że nie ma tłoku, 2) łatwa do czyszczenia — jednakże nie jest wygodną przy wciąganiu płynu i wstrzykiwaniu. Sądzi, że trudno obecnie w téj sprawie coś stanowczego zrobić w obec braku dokładnych wyników. Ogłoszenie, aby chorzy obecnie do Berlina nie wyjeżdżali, z pewnością celu nie osiągnie.

Kol. Mahl odczytuje list Häringa pisany doń z Berlina, który odradza chorych wysyłać, gdyż obecnie taki natłok, że chorzy nawet dokładnie nie są badani.

Kol. Merunowicz wnosi, aby się na razie biernie zachować, bo ani limfy, ani dokładnych wiadomości nie mamy, a na chorych ogłoszenie sekcyi wpływu nie wywrze.

Kol. Wehr zaś wnosi, aby ogłosić, że Towarzystwo ważność wynalazku uznaje, jednak dla braku limfy i pewnych dowodów stanowczego sądu wydać dotychczas nie może.

Sprzeciwiają się temu koll. Schramm i Lachowicz. Głosowaniem przyjęty wniosek kol. Merunowicza.

3) Kol. Rieger opisuje zakład mechanoterapeutyczny Dra Rotha we Wiedniu. Zakład obejmuje oprócz kancelaryi, poczekalni itd. 1) pokój do miesienia, które Roth tylko ręcznie wykonywa na sofie o wysokości stołu (dla wygody masującego); 2) pokój z 8 przyrządami do czynnego działania chorego, aby pewne grupy mięśni wzmacniać; 3) cztery przyrządy do gimnastyki biernéj, służącéj do uruchomienia stawów i również do wzmocnienia mięśni (prelegent pokazuje rysunki tych przyrządów) — daléj przyrządy ortopedyczne, w końcu pokój dla kąpieli z wanną elektyczną. — Kol. Mahl opisuje podobny zakład Nikandera w Norderney.

4) Kol. Barącz przedstawia chorą, którą w lecie operował z powodu *aërokele mediana colli.* Przypuszcza, że u choréj była początkowo *fistula colli congenita incompleta int.*, która wskutek kaszlu w kokluszu zmieniła się w cystę. W dyskusyi zabiera głos kol. Wehr.

Za sekretarza *Dr. Mukowicz.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 15-go kwietnia 1891 roku.

Przewodniczący prof Dr. Korczyński. — Członków obecnych 10.

1) Na wniosek komisyi balneologicznéj uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. memoryjał do c. k. Prezydyjum Namiestnictwa wykazujący konieczną potrzebę rychłego zaprowadzenia w zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Krynicy ulepszeń i urządzeń tak co do czynników leczniczych, jakoteż co do higijeny, policyi lekarskiéj i ułatwienia komunikacyi. (Wniosek ten Tow. lek. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 6 maja 1891).

2) Na podstawie świadectw i wyrazów uznania wydanych w r. 1889 i 1890 dla Zakładu krowiankowego p. Doc. Kubickiego we Lwowie, komisyja przyszła do przekonania, że krowianka ta, którą szczepiono i rewakcynowano około 50,000 osób, przyjmuje się znakomicie. Ponowne doświadczenia, jakie obecnie z ramienia komisyi przedsiębrał Dr. Murdzieński, wy-

kazały, że krowianka ta przyjmuje się pewnie i nie sprawia zbyt wielkiéj reakcyi. To też uwzględniając te warunki i zalety, uchwalono krowiankę tę i nadal popierać.

3) Przyjęto do wiadomości: a) Odpowiedź Zarządu Kółek rolniczych w sprawie zbierania roślin lekarskich. b) Sprawozdanie Dra Dworskiego z Przemyśla o należytym sposobie fabrykacyi win leczniczych przez p. Z. Kalickiego aptekarza w Przemyślu. c) Poświadczenie o należytym stanie zdrowia obory i służby stajennéj mleczarni w Śledziejowicach i Grodkowicach. d) Zawiadomienie aptek. p. M. Zahradnika w Jeziernie, że na każdem pudełku kapsułek i perełek leczniczych umieszcza obecnie ceny, ażeby zapobiedz dowolnemu ustanawianiu cen w aptekach.

Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 maja. Na posiedzeniu Tow. lek. krak., odbytem w d. 6 b. m. przyjęto na członków Tow. Drów Stefana Skrzyńskiego i Maryjana Udzielę; prof. Korczyński imieniem komisyi balneologiczno-przemysłowéj przedłożył projekt memoryjału, wysłać się mającego do Prezydyjum Namiestnictwa w sprawie koniecznych reform w Krynicy i po dyskusyi, w któréj wzięli udział proff. Madurowicz, Mars i Łazarski, projekt przyjęto z poprawką ostatniego; wreszcie prof. Obaliński zestawił z literatury przypadki dotyczące chirurgii dróg żółciowych i opisał operowany przez siebie przypadek kamienicy pęcherzyka żółciowego. W ożywionéj dyskusyi wzięli udział proff. Rydygier, Gluziński, Drowie Kryński, Świątek i prelegent.

* Komitet gospodarczy Zjazdu. VI na ostatniem posiedzeniu uchwalił następujący:

Program Wystawy Przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie w r. 1891.

Celem wystawy jest przedstawić ogółowi publiczności a zebranym na Zjeździe lekarzom i przyrodnikom w szczególności ruch naukowy w piśmiennictwie przyrodniczem i lekarskiem, owoce badań umiejętnych, środki naukowe pomocnicze, jakiemi obecnie się posługujemy, tudzież wszystko co z gałęzi przemysłu i rękodzielnictwa z naukami przyrodniczemi i lekarskiemi w związku pozostaje, co się w kraju wyrabia, a więc nie potrzebuje być z zagranicy sprowadzane. W ten sposób mamy się rozpatrzeć, czego nam jeszcze brakuje, a jakie są zalety i niedostatki w tem, co już posiadamy.

Przedmioty więc kwalifikujące się do wystawy są następującego rodzaju:

I. Pisma peryjodyczne przyrodnicze, lekarskie, technologiczne i techniczne w rocznikach i numerach pojedynczych, wydawnictwa książkowe peryjodyczne illustrowane i nieillustrowane. Dzieła traktujące o jakiejkolwiek gałęzi z nauk przyrodniczych lub lekarskich jakoteż rozprawy większe i mniejsze z tychże nauk i wszystkich z niemi związek mających. (Wystawione być mogą tylko rzeczy wydane w ostatniem dziesięcioleciu t. j. od roku 1881 włącznie). Diagramy, kartogramy i mapy z zakresu demografii, fizyjografii, statystyki zdrowotnej, higijenicznej i zdrojowej, plany szkół, łazienek, rzeźni, szpitalów, rozmaitych zakładów dobroczynnych, higijenicznych urządzeń w fakrykach i pracowniach rękodzielniczych. Drzeworyty, litografie, sztychy, fotografie i inne sposoby odwzorowywania przedmiotów, mających związek z naukami przyrodniczemi i lekarskiemi.

II. Wszelkiego rodzaju przyrządy fizyczne, matematyczne, mechaniczne itp. modele, plany: rysunki lub opisy, będące owocem samodzielnej pracy wynalazczej polskiej, zdolne przyczynić się do wytworzenia obrazu, o ile można zupełnego, historyi działalności wynalazczej Polaków.

III. Środki naukowe pomocnicze: okazy flory, fauny, skamielin rozmaitych pokładów. Górnictwo. Hutnictwo. Ogrodnictwo. Preparaty anatomiczne i anatomopatologiczne sztucznie przechowywane. Zbiory preparatów mikroskopowych. Okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materyjałów (masa, wosk, gips etc.). Okazy i modele z zakresu techniki naukowej różnych gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higijeny i technologii.

IV. Przetwory chemiczne. Wyroby chemiczno-technologiczne. Leki surowe krajowe. Wyroby farmaceutyczne fabryczne, jakoto: czekolady lekarskie, kapsułki, kołaczyki itp. Wyroby wchodzące w zakres „Pharmacopea elegans“. Przemysł aptekarski. Kosmetyki, o ile skład ich znany urzędom zdrowia. Wyroby przemysłu zdrojowego, jakoto: Wody mineralne polskie, ługi, sole i wszystkie inne przetwory z takowych wyrabiane.

V. Pokarmy i napoje świeże, surowe i przerabiane. Konserwy. Jarzyny suszone z przedstawieniem sposobów suszenia i konserwowania. Napoje i trunki zdrowotne. Zestawienia fałszowań potraw i napojów. Środki desinfekcyjne. Przyrządy gimnastyczne i wszystkie inne służące do utrzymania i poprawy wzrostu i siły.

VI. Narzędzia anatomiczne, chirurgiczne, okulistyczne, położnicze i semiotyczne. Opaski. Przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, higijeniczne. Narzędzia weterynaryjne. Przyrządy chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne.

VII. Przyrządy i materyały do pielęgnowania chorych. Nosze, wózki, namioty, baraki, wozy szpitalne, wagony, jakoteż przyrządy i materyjały do ratowania publicznego.

VIII. Wszystkie inne przedmioty, które się nie dały pomieścić w powyższych działach, a mające związek z naukami przyrodniczemi i lekarskiemi.

Uchwały komitetu gospodarczego zjazdu obowiązujące obustronnie tak komitet wystawowy jak i wystawców:

1. Wystawa przyrodniczo-lekarska i wynalazków naukowych polskich odbędzie się w Krakowie w lipcu b. r. w salach szkolnych gimnazyum św. Anny.

2. Uroczyste otwarcie wystawy nastąpi 17 lipca, tj. w dniu otwarcia zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zamknięcie dnia 26 lipca t. r. Rozdanie nagród dnia 20 lipca podczas ostatniego publicznego posiedzenia zjazdu.

3. Jako nagrody przeznaczył komitet: Dyplomy honorowe, medale srebrne, medale bronzowe i listy pochwalne.

4. W wystawie mogą brać udział tylko przemysłowcy polscy.

5. Sędziowie (Jury) wybrani zostaną większością głosów członków obecnych na pierwszem publicznem posiedzeniu zjazdu z grona członków, uczestników lub z poza grona stosownie do uchwały, jaka zapadnie na tem posiedzeniu.

6. Za okazy wystawione, będące przedmiotem handlu, opłacać należy za metr kwadratowy powierzchni, bez względu na wysokość, na stole i ścianie po 4 fl. na podłodze po 2 fl. na gankach i podworcu po 1 fl. w. a.

Przedmioty te mają być wystawione we własnych szafach, witrynach lub na podwyższeniach, a dekoracye pojedynczych szaf i witryn należą również do wystawcy. Przy przedmiotach wystawionych mogą być dołączone specyjalne katalogi wystawcy, cenniki, ogłoszenia, adresy itp., które według życzenia wystawcy mogą być także rozdane zwiedzającym.

7. Wystawcy zbiorów naukowych, nie będących przedmiotem handlu, nie opłacają za zajmowane miejsca.

Bardzo jest pożądanem, aby i zbiory naukowe wystawione były we własnych witrynach właścicieli, gdyby jednak to być nie mogło, wystawca powinien wcześnie porozumieć się z komitetem wystawowym, który będzie się starał poczynić wszelkie ułatwienia do stosownego umieszczenia zbiorów pod osłoną szkła, o ile na to pozwolą środki materyjalne wystawy.

8. Gdyby który z wystawców opłacających za miejsce życzył sobie, aby komitet zajął się dostarczeniem mu odpowiedniej szafy, witryny lub podwyższenia, powinien się zawczasu porozumieć z komitetem w tym kierunku, a zarazem w karcie zgłoszenia się życzenie to swoje uwidocznić w rubryce „Uwaga“.

9. Przy wszelkich przedmiotach przesyłanych na wystawę, należy napisać ich cenę szacunkową w karcie ogłoszenia, a to celem asekuracyi, której komitet dokona.

10. Przedmiotów wystawionych nie wolno przed zamknięciem wystawy bez osobnego pisemnego upoważnienia komitetu z wystawy usuwać.

11. Od sprzedanych na wystawie przedmiotów Komitet pobiera 5% na rzecz wystawy.

12. Komitet ręczy za całość przedmiotów na wystawę przesłanych od chwili odebrania przesyłki, jeżeli karta zgłosze-

nia we wszystkich rubrykach dokładnie wypełniona w oznaczonym czasie Komitetowi doręczoną została, a także oświadcza, że tylko te przedmioty w katalogu wystawy umieszczone będą, które w karcie zgłoszenia się wymienione zostaną a odpowiednia karta zgłoszenia się w terminie oznaczonym Komitetowi doręczoną została.

13. Celem reklamowania skutecznego firm przemysłowców, ustanowił Komitet przy katalogu dział osobny inseratów po cenie następującéj: za całą stronnicę 10 złr., za pół stronnicy 5 złr., a za $^1/_4$ stronnicy 3 złr. Leży w interesie przemysłowców, aby o swych zakładach o ile możności jak najdokładniejsze podali publiczności uwiadomienia a firmy swe rozgłosili, co w obec rozdawania katalogów za darmo członkom, uczestnikom zjazdu i wystawcom, rozsprzedawania katalogów poniżéj kosztów druku publiczności, w końcu w obec okoliczności, że członkowie i uczestnicy zjazdu przedstawiają tę część publiczności, która z firmami na wystawie reprezentowanemi najwięcéj stykać się musi już z natury swojego fachu, zdaniem Komitetu tym sposobem najskuteczniéj poprze przemysł, dla którego wystawa nasza ustanowiona.

14. Gdyby który z wystawców życzył sobie co do swego przedmiotu na wystawie się znajdującego dawać publiczne ustne wyjaśnienia lub wykonywać eksperymenta, powinien uprzedzić o tem Komitet, a to celem oznaczenia dnia i godziny, jakotéż poczynienia dla takiego wystawcy możebnych ułatwień.

15. Wszelkie korespondencyje mają być przesyłane franco pod adresem: Dr. Michał Śliwiński w Krakowie, wszelkie zaś przedmioty na wystawę pod adresem: Na wystawę przyrodniczo-lekarską w gimnazyjam św. Anny w Krakowie.

16. Ostateczny termin zgłaszania się jest dzień 20-ty czerwca b. r. Ostateczny termin przysyłania przedmiotów na wystawę jest dzień 10-ty lipca b. r.

Po tym terminie tylko za osobnem porozumieniem się z Komitetem i to wyjątkowo mogą być przesyłki przedmiotów przyjęte na wystawę.

17. Przedmioty mają być uprzątnięte zaraz po zamknięciu wystawy, najpóźniéj w 14 dni potem. Przedmioty do tego czasu nie usunięte sprzedane zostaną na ryzyko wystawcy, a pieniądze złożone u przewodniczącego Komitetu, gdzie przez miesiąc będą do rozporządzenia wystawcy, poczem obrócone zostaną na cel, jaki Komitet uzna za właściwy.

* Do sekcyi medycyny wewnętrznéj VI Zjazdu lekarzy zgłoszono następujące odczyty:

1) Dr. Sokołowski. Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałków. 2) Dr. Dobrzycki. Rzecz o klimatoterapii. 3) Dr. Rajchman. a) O rozpoznawaniu i leczeniu tak zwanéj kolki wątrobowéj; b) Przyczynek do patologii żołądka. 4) Dr. Pacanowski. a) O wymiotach nerwowych u podrostków; b) O przepłukiwaniu kiszek. 5) Dr. Opolski. Wynik własnych doświadczeń z limfą Kocha. 6) Dr. Biegański. O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincyjonalnych; b) Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych.

Nadto przyjęli na siebie referaty: Dr. Rosenblatt i Dr. Kniaziołucki co do tematu „czy skuteczniejsze jest leczenie w krztuścu miejscowe czy też wewnętrzne“, — a prof. Dr. Jakubowski i Dr. St. Momidłowski co do tematu: „Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacyi krtani metodą O'Dwyera“.

* VI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Do sekcyi medycyny teoretycznéj zgłoszono następujące tematy:

1) Dr. Beck i prof. Cybulski: O zjawiskach elektrycznych w korze mózgu. Sprawozdawca Dr. Beck. 2) Prof. Cybulski i kand. med. J. Zanietowski: O zastosowaniu kondensatora do podrażnienia nerwów i mięśni zamiast przyrządu saneczkowego du Bois-Reymonda. 3) J. Zanietowski: Porównawcze badania pobudliwości rozmaitych nerwów u różnych gatunków zwierząt.

Do sekcyi psychologicznéj:

1) Doc. Dr. R. Raciborski ze Lwowa: O wartości mierzenia objawów psychicznych. 2) Dr. Julijan Ochorowicz: z Warszawy: O stosunku psychologii do medycyny. 3) P. Adam Mahrburg z Warszawy: a) Teoryje uczuć elementarnych (przyjemności i przykrości); b) Apercepcyje i automatyzm psychofizyjologiczny; c) Wzruszenia i ich wyrazy.

* Z ogłoszenia Namiestnictwa morawskiego z d. 23 grudnia 1890 r. dowiadujemy się, że w Rożnowie, dokąd corocznie udaje się znaczniejsza liczba suchotników, sprawdzono urzędownie znaczne rozszerzenie suchot pomiędzy stałymi mieszkańcami tak, że w tem uzdrojowisku na 100 zmarłych stałéj ludności (prócz gości) umiera z samych tylko suchot 25 osób, gdy przeciętna cyfra umierających ze suchot w całéj Morawie wynosi tylko 15%. Pokazuje się więc, że mieszkańcy Rożnowa obsługując suchotników, zarażają się wdychając zakażone powietrze w nieodpowiednio oczyszczanych pokojach podczas trzepania mebli, pościeli, bielizny itp., i że choroba ta, dotąd rzadko występująca w Rożnowie, tak znacznie w ostatnich czasach tam się rozszerzyła. Te same spostrzeżenia co do Mentony i innych zagranicznych uzdrojowisk podali: Dr. Cornet w dziele „*Ueber Tuberculose*“ i prof. Heller z Kielu na zjeździe niemieckich hygijenistów w r. 1889 w Strasburgu.

* Jak donosi Gazeta rzeszowska do szczepienia ospy w roku bieżącym delegowani zostali przez c. k. Namiestnictwo dla powiatu rzeszowskiego następujący lekarze: lekarz powiatowy Dr Barzycki, oraz Drowie Bojniewicz, Fijałkowski, Kolesiński, Patryn, lekarz Rotter i Drowie Szczepański, Zennermann i Zagórski. Szczepienie odbywać się będzie tylko krowianką.

* W tygodniu 17-ym (26 kwietnia do 2 maja) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 44, skonów 48 (33·46), z tych z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 7, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Zenon Pelczar z Krzeszowic, Gustaw Malinowski z Nadworny i Wiktor Borysiewicz z Buska w Galicyi.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne we Środę dnia 20 maja b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w sali wykładowéj prof. Łazarskiego (ul. św. Anny, *Collegium physicum*). — Porządek dzienny: 1) kol. kol. Sroczyński: Przypadek gruźlicy tęczówki; 2) kol. Wojtaszek: Czy sole żelaza mogą działać trująco na organizm zwierzęcy? 3) kol. Momidłowski: O intubacyi krtani w dławcu u dzieci.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ kapsułki moje „Hygea“ bywają po różnych cenach sprzedawane, więc idąc za radą JW. prof. Dra Korczyńskiego, ustanowiłem powyższe stałe ceny i wydaję tylko w oryginalnych pudełkach. Ciężka jest jeszcze walka z wyrobami zagranicznemi wątpliwéj jakości, więc śmiem zwrócić się z uprzejmą prośbą do WP. Lekarzy, aby zapisując:

Capsulae lub Perlae medicinales „Hygea”,

raczyli zwracać uwagę chorych na tożsamość.

W Krakowie utrzymują Pp. aptekarze: **Sobierajski** kapsułki twarde; **K. Wiszniewski** kapsułki twarde i elastyczne z olejem rącznikowym.

Bez ordynacyi lekarskiej bezwarunkowo kapsułek nie wydaję.

M. Zahradnik.

L. 384. Komisyja przemysłowo-lek. Tow. lek. krak.

Do
Wielmożnego Pana mag. farm. M. Zahradnika, 59—1—1
Aptekarza w Jeziernie.

„Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwałą z dnia 8 kwietnia b. r. powziętą na wniosek swéj Komisyi przemysłowo-lekarskiéj orzekło, że kapsułki i perełki przez WPana wyrabiane, a już poprzednio przez Tow. lek. krak. uchwałami z dnia 4 grudnia 1888 i z dnia 12 lipca 1890 polecone, czynią zaszczyt krajowemu przemysłowi aptekarskiemu. Zarówno czystością i dobrocią leków, jakoteż dokładnością dawek i starannością wykonywania, a wreszcie bardzo umiarkowaną ceną, odróżniają się one nader korzystnie od wielu podobnych wyrobów zagranicznych.

„To też Towarzystwo lekarskie krakowskie uznaje kapsułki i perełki WPana, zawierające w sobie leki w rozmaitych dawkach (a mianowicie: balsam kopaiwiany, wyciąg kubebów, wyciąg paprotki, wyciąg granatu, tran, oléj rącznikowy, olejek santałowy, paraldehyd, szaruchę, ichtyol, balsam peruwiański, bromek kamfory, kreolin, nitroglicerynę, gwajakol, kreosot, morrhuol, olejek terpentynowy i terpinol) jako przetwory godne polecenia i rozpowszechnienia.

„Tow. lek. krak. upoważnia zarazem Pana do używania na swych wyrobach napisu:

„Kapsułki elastyczne i twarde (względnie perełki) polecone przez Tow. lekarskie krakowskie“.

Kraków dnia 10 kwietnia 1891.

Prezes Tow. lek. krak. *Prof. Dr. Gluziński.*
Przewodn. Kom. przem. T. l. k. *Prof. Dr. Korczyński.*
Za sekretarza Kom. przem. T. l. k. *Dr. Skrzyński.*

Stacyja kolei
MUSZYNA-KRYNICA,
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 „
z Buda-Pesztu 12 „

KRYNICA

c. k. Zakład zdrojowy w Galicyi.

najobfitsza szczawa żelazista.

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie,
Telegraf, Apteka.

Położenie górskie w Karpatach 590 metr. nad p. m

Od stacyi kolejowej godzina drogi, znakomicie utrzymanej.

Środki lecznicze: Obok klimatycznych warunków, kąpiele mineralne żelaziste, nader bogate w gaz kwasu węglowego, ogrzewane metodą Schwarza (w r. 1890 wydano ich przeszło 35,000).

Kąpiele borowinowe, parą ogrzewane (w r. 1890 wydano ich 14,000).

Dotychczasowa ilość gabinetów w łazienkach mineralnych została pomnożoną, połowa gabinetów w łazienkach borowinowych ogrzewa się parą, — dalej, picie wód Krynickiej i Słotwińskiej, żentycy, kefiru, gimnastyka w nowym na ten cel w parku urządzonym budynku, i t. d.

Mieszkania: Przeszło 1400 pokoi z większym i mniejszym komfortem umeblowanych, z pościelą i usługą, po większej części zaopatrzonych w piece. „Hotel pod trzema różami“ i dom gościnny „pod Zamkiem“ służą do tymczasowego umieszczania osób świeżo przybywających.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny pomieszkań i kąpieli są niższe.

Spacery: Wielki park świerkowy z wygodnemi ścieżkami, licznemi ławkami i miejscami do spoczynku i zabaw, — rozliczne bliższe i dalsze spacery po równi i po górach, wycieczki w uroczą bliższą i dalszą okolicę.

Zaspokojenie potrzeb i rozrywki: Kilka restauracyj, kilka mleczarń, 2 cukiernie, wspaniały dom zdrojowy z salami balowemi restauracyą, salą bilardową i do gier, kręgielnia, kasyno, 2 wypożyczalnie książek, teatr ze Lwowa, orkiestra zdrojowa A. Wrońskiego od 21 maja, fotograf, sklepy i rękodzielnicy wszelkiego rodzaju z głównych miast przybywający, i t. d.

Prócz stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządowego Dra Kopfa, praktykuje 7 lekarzy.

Frekwencya roczna wynosi przeszło 4.500 osób.

W samym zdrojowisku znajduje się według najnowszych zasad umiejętności urządzony:

C. K. ZAKŁAD WODOLECZNICZY (HYDROPATYCZNY)

pod kierownictwem specyjalisty Dra EBERSA.

(w roku 1890 wykonano 24.000 procedur hydropatycznych)

Osoby leczące się w c. k. Zakładzie wodoleczniczym mogą znaleźć pomieszczenie w świeżo otwartym prywatnym pensyjonacie Dra Ebersa, zastosowanym do potrzeb hydropatyi.

Sezon otwarty od 15 Maja do 30 Września.

Na żądanie udziela wyjaśnień *c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.* 42—6—2

Kąpiele borowinowe w domu

MATTONIEGO WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA. ŁUG BOROWINOWY.

Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bładaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowéj. 13—17—7

Tölz Uzdrowisko koło Monachium. Powietrze górskie, źródła jodowe. — Wskazania: Choroby kobiece, zołzy, przewl. cierpienia skóry, kiła. Wiadomości u Dra **Letzel** (podczas zimy w Monachium, podczas lata w Tölz). 35—16—7

ZAKOPANE

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

na Klemensówce w Zakopanem,

istniejący od lat 12, z każdym rokiem prawie powiększa liczbę ubikacyj i uzupełnia urządzenia, jak tego wymaga postęp nauki higijeny i terapii. Wody źródlanéj dostarcza obficie własny wodociąg Klemensówki, umeblowanie pokoi przyzwoite, łóżka z materacami i sprężynami, kuchnia w własnym zarządzie odpowiada wszelkim wymogom. Środki lecznicze: hydroterapija, gimnastyka lecznicza z ortopedyją, miesienie i zawieszanie, elektroterapija i hypnoza. Ceny za leczenie, stół i mieszkanie razem dziennie od osoby 3 do 5 zlr. według wyboru pokoju. — Kierujący lekarz i właściciel zakładu

Dr. Wenanty Piasecki. 53—6—2

SANTAL MIDY.

Aptekarza I. klasy w Paryżu.

Santal Midy zastępuje w terapii kopaiwę i kubebę, gdyż nie wywołuje podrażnienia żołądka, ani rozwolnienia przytem ogranicza bardzo prędko wycieki rzeżączkowe.

Każda kapsułka Santalu Midy zawiera 20 centigramów esencyi santalowej, zupełnie czystej. Dawka wynosi 6—12 kapsułek dziennie, którą to ilość zmniejszać należy w miarę jak i wyciek się zmniejsza.

Skład w Paryżu 8. r. Vivienne, oraz we wszystkich aptekach. 16—6—5

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 23 Maja 1891. Nr. 21.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przyczynek do onkologii spojówki.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

I. Mięsak czarny fałdu półksiężycowego.

Nowotwory z mięska łzowego i fałdu półksiężycowego powstałe dość rzadko dają się spostrzegać. W dawniejszych dziełach względnie częściéj napotykamy wzmiankę o utworach rakowatych. W nowszéj literaturze znajdujemy bardzo nieliczne opisy złośliwych nowotworów mięska łzowego. — Tak Secondi opisał brodawczakowy przybłoniak mięska. Del Monte (*Ann. di ottalmologia* VIII, str. 250) usunął u dziecka z okolicy kąta wewnętrznego narośl wielkości orzecha, która przed kilku miesiącami powstała była z mięska. Badanie drobnowidowe dowiodło budowy włókno-mięsaka. Pflüger (*Universitäts-Augenklinik zu Bern. Bericht f. d J.* 1883) opisał przypadek mięsaka czarnego fałdu półksiężycowego: 39-letni mężczyzna, przed 4 laty spostrzegł po raz pierwszy niewielką plamę brunatną w prawem oku, z której następnie wyrósł stopniowo czopek, wysuwający się z okolicy kąta wewnętrznego oka, a osadzony na fałdzie półksiężycowym. W środku wewnętrznéj powierzchni górnéj powieki znajdowała się również czarna plama w kształcie soczewki. Badanie drobnowidowe dowiodło, że guz stanowił mięsak czarny. Po usunięciu guza nastąpiła recydywa w okolicy dolnéj połowy spojówki gałkowéj i powieki w postaci rozlanego zgrubienia spojówki o zmienionéj barwie. Daléj przypadki mięsaka czarnego mięska łzowego opisali również Despagnet (*Rech. d'ophtalmologie* 1886) i Sprosso (*An. di ottalm.* XVIII)

Sam widziałem następujący przypadek: M. A., 22-letni student prawa w r. 1885 zasięgał méj rady z powodu ostrego nieżytowego zapalenia spojówki W rok późniéj znów zasięgał méj rady z powodu krótkowidzenia. Spostrzegłem wtedy w samym środku brzegu swobodnego fałdu półksiężycowego nadzwyczaj drobną plamkę czarną, która zupełnie jak ciało obce wyglądała, przekonałem się jednak, że się ona znajdowała w saméj istocie tkanki. Plamka ta tembardziéj uderzała, że chory miał włosy jasne, a cerę bardzo białą. Doradzałem niezwłocznego usunięcia, lecz chory stanowczo się temu sprzeciwił, zaleciłem mu tylko, aby plamkę ową ciągle miał na oku. Jakoż we dwa miesiące chory sam zgłosił się, prosząc o usunięcie narośli, która wtedy była już wielkości drobnego ziarnka konopianego, o tyle zaś płaską, że przednia jéj powierzchnia nie była prawie wzniesioną po nad poziom fałdu. Zmian w spojówce zresztą żadnych zgoła nie było, przy najdokładniéjszem zaś badaniu nigdzie na spojówce miejsc zabarwionych nie znalazłem. Wyciąłem narośl wraz z otaczającą tkanką prawidłową.

Badanie wykazało: narośl jest położoną w saméj istocie fałdu półksiężycowego, pokrywa ją zupełnie prawidłowy nabłonek, tylko odpowiednio do brzegu wewnętrznego narośli jest on zgrubiały i tworzy na cięciach jakby czopki ku wewnątrz skierowane. Oddziela nabłonek od samego nowotworu cienka warstwa zupełnie prawidłowéj tkanki łącznéj. Daléj sam nowotwór składał się z sieci cienkich przegródek, w których w nader małéj ilości znajdowały się włókna tkanki łącznéj, przeważnie zaś stanowiły je cienkie naczynia krwionośne i drobne okrągłe lub podługowate komórki barwikowe; bezpośrednio obok ścian naczyń znajdowały się również komórki limfoidalne. Przegródki tworzyły sieci o szerokich pętlach, które wypełniały komórki okrągłe drobnoziarnkowate, najczęściéj zawierające jedno, niekiedy dwa jądra; te ostatnie były większe, a kształt miały bardziéj podługowaty. Komórki w pętlach sieci położone najczęściéj barwika wcale nie zawierały, znajdowaliśmy też go przeważnie w komórkach bliżéj przegródek położonych.

Nie ulega wątpliwości, że mieliśmy tu mięsak czarny siatkowaty. Łatwo było przekonać się, że cięcia w celu usunięcia nowotworu wykonane, znajdowały się pośród zupełnie prawidłowéj tkanki. Jednakże we trzy miesiące po operacyi znalazłem w spojówce kąta zewnętrznego oka i dolnéj

powieki zabarwioną obrzmiałość obejmującą 2 ctm. kw. Na operacyję chory się nie zgodził i następnie już go więcéj nie widziałem. Od lekarza, który miał go na oku, dowiedziałem się, że nowotwór rósł nadzwyczaj szybko i już we dwa miesiące po powrocie chorego do domu doszedł wielkości jaja gołębiego. Zgadzał się on wtedy na operacyję, lecz niebawem zapadł na tyfus plamisty, na który też zmarł.

II. Śródbłoniak spojówki powiekowéj.

Pokrewne śródbłoniakom mięsaki spojówki należą do dość częstych nowotworów jéj, pospolicie powstają one jednak w okolicy rąbka spojówkowego, daleko rzadziéj z innych okolic spojówki. Również zwykle są one zabarwione, o komórkach rozmaitego kształtu lub przeważnie drobnych i wielce obfitują w naczynia krwionośne, ztąd częste krwotoki, niekiedy bardzo nawet obfite. Najczęściéj są to utwory szypułkowate, które w głąb do samej chrząstki dochodzić mogą. Przed powstaniem mięsaków spostrzegać się dają we właściwem miejscu na spojówce ciemne plamy, które niekiedy bywają nawet wrodzone, już zaś Graefe (*Arch. f. Ophth.* X. 1) zwrócił uwagę również na okoliczność, że owe gniazda barwikowe, jeśli się znajdują nie tylko na spojówce, lecz nawet na skórze powiek, usposabiają poniekąd do powstawania w spojówce nowotworów również zabarwionych. Zupełne usunięcie nowotworów w wielu razach usuwało cierpienie gruntownie, jak np. w przypadku Hornera (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1871 p. 4).

W nowszéj literaturze znajdujemy następujące opisy białego mięsaka spojówki, powstałego poza obrębem rąbka spojówki: Talko (*Klin. Monatsbl.* XI, str. 327) opisał nowotwór, pod nazwą *sarcoma conjunctivae fuso-parvicellulare*, który powstał u 12-letniego chłopca po obrażeniu oka i wyrósł w kształcie polipa ze spojówki chrząstki. Po usunięciu polipa recydywy nie było. Fuchs (*Arch. f. Ophthalm.* XXIV, 2) opisał następujący przypadek. U 30-letniego mężczyzny w zewnętrznéj połowie lewéj górnéj powieki znajdował się guz wielkości orzecha, nie zrośnięty ani ze skórą ani też ze spojówką. Badanie drobnowidowe dowiodło budowy mięsaka o komórkach wrzecionowatych. Miejscami znalazł zwyrodniałe gruczoły (dodatkowe gruczoły łzowe), od których też wyprowadza rozwój nowotworu. Prout i Bull (*Arch. f. Augenheilk.* VIII, str. 221) opisali u młodéj dziewczyny, która jednocześnie na jaglicę cierpiała, nowotwór, który zajmował zewnętrzną połowę dolnéj powieki i był wzniesiony po nad poziom spojówki o 2 mm. Skóra była nad nowotworem przesuwalną. Badanie histologiczne wykryło budowę mięsaka z okrągłemi komórkami i nacieczeniem skrobiowatem. Schöbl (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1886, str. 257) opisuje przypadek mięsaka, który powstał u 40 letniéj kobiety ze spojówki dolnéj powieki, przeszedł na oczodół i był powodem wyłuszczenia całego oczodołu. Nastąpiła recydywa miejscowa, a w kilka miesięcy śmierć od przerzutu w wątrobie. Badanie anatomiczne nowotworu dowiodło tkanki mięsakowéj, komórki jéj zresztą miały wszelkie cechy przybłonkowych, nadto nowotwór obfitował w komórki limfoidalne, od których też wyprowadza je Schöbl. Ewecki (*Wiestnik oftalmologii* 1886. str. 462) znalazł u 13-letniéj dziewczyny utwór szypułkowaty zewnętrznéj połowy górnego fałdu przejściowego; wymiary: do brzegu powieki i od spoidła zewnętrznego do brzegu źrenicy, barwy szarawo-czerwonéj, zrośnięty ze spojówką; pokrywający nabłonek był płaski. Nowotwór składał się przeważnie z okrągłych komórek, wrzecionowate komórki rzadko dawały się napotykać. Nadto istniały nieliczne przegródki z tkanki łącznéj, w których znajdowały się naczynia o szerokiem świetle i cienkich ścianach. W 8 miesięcy po usunięciu nowotworu nastąpiła recydywa, badanie zaś anatomiczne dowiodło uprzedniéj budowy. Dokonano operacyi bez wyjęcia gałki, lecz znów nastąpiła recydywa, po któréj dokonano wreszcie wyłuszczenia zawartości oczodołu. Dyer (*Transact. of the americ. ophtalm. Soc.* 1879, str. 538) opisał przypadek włóknistego mięsaka o wrzecionowatych komórkach, który powstał u 6-letniéj dziewczyny ze spojówki w okolicy kąta zewnętrznego i dał powód do rozwoju olbrzymich narośli na odpowiedniéj stronie i również w oczodole. Richet (*Jahresbericht pro* 1879) opisał brodawczakowaty mięsak, który powstawszy ze spojówki powiekowéj przeszedł na gałkę i na tkankę oczodołową i kilkakrotnie ulegał recydywom. Wreszcie Veilchenfeld (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1888, *April*) opisał następujący przypadek. U 16-letniéj, zupełnie zdrowéj dziewczyny lewa górna powieka obrzękła i opadła. Przy odwróceniu powieki daje się spostrzegać wzniesiony po nad poziom odgraniczony, brunatno-czerwony guz, zajmujący całą szerokość i ledwo nie całą grubość powieki. Nowotwór rósł w ciągu roku przeszło, wycięto go ledwo nie z całą chrząstką. Po 3 miesiącach recydywy nie było. Składał się on z drobnych okrągłych komórek, ku dołowi zajmował cały brzeg powieki, w chrząstce przechodził w kilku miejscach do jéj istoty, a gniazda otaczały niekiedy zraziki gruczołów Meiboma; ku dołowi zaś nowotwór bezpośrednio przechodził do chrząstki i zupełnie prawie obsaczał mięsień Riolana.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z oddziału chirurgicznego prymaryjusza Dra Jabłońskiego w Rzeszowie.

O pyoktaninie.

Napisał

Dr. H. Kraus.

W Nrze 6 *Wien. med. Presse* b. r. ogłosił prof. Mosetig pracę pod tytułem *„Zur Behandlung nicht operabler bösartiger Neubildungen“*, która nie mało zaciekawiła cały świat lekarski. I gdyby nie ostrożność, z jaką się teraz przyjmuje wszystkie „wiekopomne“ i „sławne“ odkrycia na polu medycyny, kto wie, czy rozgłos odkrycia nie byłby jeszcze większy, wobec wyników dodatnich jakie prof. M. otrzymał. Czyniąc od 25 lat próby z różnemi środkami leczniczemi przeciw nowotworom zalecanemi, doszedł on do wyniku, że jedynie taki środek mógłby nam oddać dobre usługi, któryby działał szkodliwie na jądra komórek nowotworowych w ten sposób, że niszczyłby ich zdolność dzielenia się i proliferacyi. A że przy barwieniu preparatów mikroskopowych barwiki anilinowe najsilniéj zabarwiają jądra komórek i prawdopodobnie je niszczą, przypuszczał prof. M., że to samo stać się powinno podczas działania barwików na komórki nowotworowe wtedy, kiedy jeszcze pozostają z ustrojem ludzkim w związku życiowym. Postanowił tedy wstrzykiwać w miąższ nowotworów metylwiolet, barwik anilinowy podany przez Mercka a zachwalany przez Stillinga jako nie zawierający arsenu i nieszkodliwy dla ustroju ludzkiego, a nazwany przez ostatniego pyoktaniną. Robił on wstrzykiwania z rozczynów 1%, 1:300, 1:1000, co 2—3. dzień, i zauważył w kilku przypadkach mięsaków i raków zmniejszenie się guzów.

W parę tygodni po ogłoszeniu wspomnianéj pracy miał prof. M. wykład w Tow. lek. wied. o tym samym środku

i wtedy streścił działanie pyoktaniny w następujących punktach:

Po wstrzykiwaniach pyoktaniny:

1) znikają bóle neuralgiczne. W jednym przypadku znikły bóle neuralgiczne po jednorazowem wstrzyknięciu rozczynu metylwioletu 1:500.

2) zmniejszają się guzy nowotworowe powoli ale stopniowo, albo przez oddzielenie się, szczególnie przy rakach wrzodziejących, albo przez rozmiękknienie, przemianę tłuszczową lub wessanie.

Preparaty z oddzielonych kawałków nowotworów badał mikroskopowo docent Riehl i przekonał się, że jądra komórek w ten sposób leczonych raków nie łączą się z barwikiem *in vivo* tak, jak się to widzi *post mortem*.

Na tem samem posiedzeniu Tow. lek. wied. (13 marca b. r.) podał prof. Billroth uwagi, jakie on poczynił nad działaniem pyoktaniny, stosując ją w 25—30 różnych przypadkach. Polepszenia nie widział w żadnym przypadku i dlatego nie jest skłonnym do robienia dalszych prób z tym środkiem.

Na pomysł zbliżony do pomysłu prof. M. padł już dawniéj Ehrlich (*Deutsche med. Woch.* 1890), który opierając się na pewnem działaniu błękitu metylenowego na nerwy, próbował go i polecił jako środek kojący ból. Z wynikami jego nie zgadza się w zupełności Piotrowski („Przegl. Lek." Nr. 11), którego zdaniem barwik wspomniany jest dla ustroju ludzkiego szkodliwy, gdyż sprowadza po wstrzyknięciu podwyższenie ciepłoty ciała i ograniczone bolesne obrzmienie w miejscu wstrzyknięcia.

Dr. Kohn donosi w Nrze 6 *Berl. klin. Wochschrift*, że maść pyoktaninowa połączona z zawijaniami uciskającemi kończyny znosiła w krótkim czasie ropienie wrzodów żylakowych i sprowadzała szybkie ich wygojenie. Przetoka pozostała po zapaleniu okostnéj, która ani pod jodoformem, ani po wyskrobaniu goić się nie chciała, zamknęła się w 8 dni po rozpoczętem tuszowaniu laseczką pyoktaninową. Działanie przeciwgnilne pyoktaniny ma być zdaniem jego tak samo silne, jak działanie najlepszych naszych środków gnilnych, a 2% maść pyoktaninowa ma być znakomitą przeciw zadawnionym wypryskom.

Dr. Cholewa podaje w Nrze 3 *Therap. Monatshefte*, że po kilkorazowem tuszowaniu ropni jamy czołowéj sondą pomazaną pyoktaniną osiągał szybkie wyleczenie, jeżeli tylko usunięto poprzednio polipy w nich się wytwarzające; ubocznego działania pyoktaniny na ustrój ludzki bie zauważył nigdy.

Na posiedzeniu *Acad. de médec.* przedstawił Dr. Gałęzowski przypadek *epithelioma palpebr.*, w którym stosował pędzlowanie 10% rozczynu pyoktaniny, tak jak to podał Mosetig, z dobrym wynikiem. Przy téj sposobności nadmienił o dobrych usługach, jakie mu oddaje wodny rozczyn tego nowego leku w ropniach i wrzodach drążących rogówki.

Dr. Wauscher *Therap. Monatsh.* Nr. 2) wyleczył nim kilka przypadków *blenorr. conjunct.*, a nawet ostra rzeżączka cewki moczowéj miała po kilku dniach pod wpływem pyoktaniny ustąpić.

Fabrykant pyoktaniny Merck, odwołując się na doświadczenia prof. Stillinga, powiada: „*Dem Sublimat zeigt sich das Pyoktanin in Bezug auf seine bacterientödtente Wirkung am lebenden Organismus weit überlegen*".

Niestety nie możemy po naszych próbach oddać pyoktaninie tyle pochwał, ile mu oddali autorowie wyżéj wspomnieni. Stosowaliśmy go w następujących przypadkach:

1. Ignacy M., lat 34, przyjęty 18 lutego b. r., okazuje na obydwóch kończynach liczne wrzody powierzchowne od wielkości centa do wielkości talara (*ulcera simpl. cruris*). Wszystkie wrzody posypano proszkiem pyoktaniny i zmieniano opatrunek co 3 dni. Już po pierwszéj zmianie zanotowano bujne ziarnienie szczególnie na dnie wrzodów: to samo widziano i po kilku następnych opatrunkach. Ziarnienie jednak utrzymywało się z czasem na jednym stopniu bez tendencyi do pokrycia się zdrowym naskórkiem. Musiano też 10 marca przejść do maści lapisowéj i dopiero wtedy nastąpiło zupełne wyleczenie.

2. Marcin B., lat 29, przyjęty 24 lutego z rozpoznaniem *ulc. simpl. crur.* Stosowano aż do 10 marca proszek pyoktaniny z tym samym jak w poprzednim przypadku skutkiem, poczem przeszliśmy do maści lapisowéj.

3. Józef S., lat 50 liczący, okazuje *ulcera varicosa* rozległe na podudziu prawem; maść pyoktaninowa 5% sprowadza wypełnianie się ubytków, ale nie pokrywanie się ich.

4. Józef F., lat 29, okazuje na obydwóch udach i podudziach liczne wrzody. Na jedną kończynę stosowaliśmy jodoform, na drugą maść pyoktaninową. Niestety musiano z czasem na obydwie kończyny stosować jodoform, a drugi lek porzucić.

Tu muszę nadmienić, że wszyscy czteréj wyżéj wymienieni chorzy z początku bardzo sobie chwalili działanie środka tego chłodzące; przy dalszych jednak opatrunkach żalili się na pieczenie, wydzielina zaś stawała się każdym razem bardziéj cuchnącą.

5. Józef D., lat 55 liczący, przyjęty z rozpoznaniem *abscessus cubiti*, prawdopodobnie natury gruźliczéj; po obmyciu pola operacyjnego 2‰ rozczynem pyoktaniny przecięto ropień. Do ropnia wsuwano gazę w niéj zamaczaną i zmieniano co 3. dzień opatrunek. Gojenie dość szybko postępowało, a w 14 dni po operacyi wypuszczono chorego uzdrowionego.

6. Katarzyna S., lat 39 licząca, wypuszczona w pierwszych dniach stycznia b. r. z kliniki ginekologicznéj w Krakowie z rakiem macicy nieoperowanym, gdyż nowotwór przeszedł już był na *parametria*. Stosowaliśmy u niéj przestrzykiwania pochwy 1‰ rozczynem metylwioletu; odpływ cuchnący trochę się zmniejszał i słabł co do woni, musiano jednak z czasem przejść do silniejszego *desodorans*, do kreoliny.

7. Wojciech D., lat 73, okazuje na wardze dolnéj wrzód rakowaty rozlany, gruczoły podszczękowe nie zajęte, żali się na silne bóle w tejże wardze. Już po pierwszéj injekcyi 1% rozczynu pyoktaninu w miąższ nowotworu bóle łagodnieją, a po drugiéj w następnym dniu robionéj zupełnie dolegać przestały. Zmniejszenia się atoli raka nie zauważono ani nawet po dziesiątéj injekcyi co drugi dzień powtarzanéj, sąsiednie tkaniny tak przesiąkły barwikiem, ze trudno było orzec, czy się nowotór rozszerza czy nie. Prymaryjnsz Jabłoński widział się zmuszonym przystąpić do wycięcia go.

8. Antoni F., lat 68, *carcinoma labii inferioris*, w formie guza wielkości orzecha laskowego, gruczoły podszczękowe niezajęte; kilkorazowe injekcyje, co 3. dzień powtarzane, bez skutku wyraźnego, poczem guz wycięto.

9. Grzegórz M., lat 54, *epithelioma ad canthum internum oculi dextri*. Przyjęty do szpitala po raz trzeci, dostawał każdym razem jodoform w proszku; raz nowotwór wyskrobano, jednakowoż nawrót cierpienia nastąpił po kilku miesiącach. Maść pyoktaninowa „łagodziła" mu, jak się sam wyrażał „skórę". Ubytek nietylko się nie wypełniał, ale szerzył się daléj na zdrową skórę nosa. Maść po dwutygodniowem stosowaniu porzucono i wrócono do jodoformu.

10. Frejda S., z Głogowa, przyjęta 28/2 1891 okazuje w podżebrzu lewem guz twardy przesuwalny wielkości jabłka, objawów ze strony przewodu pokarmowego prócz odbijania i zmniejszonego apetytu nie było żadnych. Wymiotów krwawych ani silnych bólów żołądkowych nie miała nigdy, za to widoczny był upadek sił, w ostatnich czasach coraz bardziéj się wzmagający. Wątroba i śledziona niepowiększone. Rozpoznano na razie *carcinoma omenti* a może i *ventriculi* i postanowiono rozpocząć injekcyje pyoktaniną 1% w miąższ guza co drugi dzień. Początkowych kilka injekcyj koiło jéj bóle, które z każdym dniem stawały się w szpitalu gwałtowniejsze tak, iż musiano od czasu do czasu zrobić jéj injekcyję morfinową. Tu zauważyła chora, że obydwa środki pyoktanina i morfina tuż po sobie wstrzyknięte, daleko bardziéj łagodziły jéj ból aniżeli morfina sama. Zmniejszenia się guza nie zauważono nigdy, zdawał się tylko stawać się miększym. Niestety po trzechtygodniowym

pobycie w szpitalu można było wymacać guzki rozsiane w powłokach brzusznych i pod niemi wielkości ziarna grochu i orzecha laskowego, a w parę tygodni potem nastąpiła śmierć poprzedzona wymiotami obfitemi, fusowatemi. Sekcyja (18/4 1891) wykazała *carcinoma* rozlane *pylori* z przerzutami w gruczołach otrzewnowych i zaotrzewnowych, w wątrobie i śledzionie.

11. W praktyce prywatnéj stosował prym. Jabłoński maść pyoktaninową 5% w przypadku rozległego zapalenia skóry *(dermatitis)* z dobrym skutkiem.

12. U p. S., właściciela dóbr w okolicy Rzeszowa, wstrzykiwało się w miąższ raka odbytnicy dwa razy dziennie rozczyn pyoktaniny 1:1000. Guz zdaje się być miększy i drożność kiszki jest większa. Rak jest dość wysoko w odbytnicy umieszczony, nie można zatem na pewno powiedzieć, czy chwilowo dobry skutek należy kłaść na karb rozpadu nowotworu, czy na karb działania leku.

Choć niewielka ilość chorych i nie bardzo znaczna różnorodność przypadków, mimo to można sobie śmiało na podstawie ich wyrobić zdanie o leku z jednéj strony przez prof. Mosetiga zachwalanym, z drugiéj przez prof. Billrotha po kilkunastu doświadczeniach prawie całkiem porzuconym.

Wynika z nich, że pyoktanina:

1) jest słabym środkiem antiseptycznym, nie mogącym iść w porównanie z sublimatem lub kwasem karbolowym, jednakowoż nie gorszym niż kwas salicylowy i borowy (przyp. 5 i 6);

2) oddaje niezłe usługi w leczeniu wrzodów niespecyficznych, ale tylko do pewnego okresu (1, 2, 3, 4);

3) jest niezłym środkiem kojącym ból (8, 9, 10);

4) czy działa skutecznie przeciw nowotworom, trudno stanowczo orzec; działanie jednak jego jest już na podstawie naszych kilku przypadków więcéj niż problematyczne (8, 9, 10, 12);

5) działa dobrze w ostrych zapaleniach skóry (11);

6) działania złego na cały ustrój nie zauważono nigdy.

Niczem jednak są wszystkie dobre strony pyoktaniny w obec jednéj ujemnéj własności, która o mało że nie zmusza do zupełnego porzucenia jéj, a jest nią oszpecenie, jakie sprowadza przy stosowaniu. Bielizna, opatrunki, naczynia i ręce operujących przyjmują ciemną barwę anilinową, dającą się zmyć tylko czystym spirytusem mydlanym lub amoniakiem. Zabarwienie to nieprzyjemne rąk czyni środek ten niemożliwym prawie w praktyce prywatnéj, a dla praktyki szpitalnéj niekoniecznie miłym.

Niech mi wolno będzie złożyć w końcu podziękowanie p. prymaryjuszowi Drowi Jabłońskiemu za łaskawe odstąpienie materyjału do doświadczeń i za pozwolenie ogłoszenia wyników w jego oddziale otrzymanych.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Parkes: **Przypadek śmierci w narkozie chloroformowéj.**

Dziewczynę 11-letnią, zresztą zupełnie zdrową, chloroformowano w celu operacyi z powodu znamienia (*naevus*). Narkoza bardzo ostrożnie przeprowadzona przebiegała przez 25 minut zupełnie dobrze, potem gdy już przez 5 minut nie podawano chloroformu, nastąpiła śmierć wśród silnych drgawek. Wszelkie usiłowania przywrócenia do życia były bezskuteczne. Sekcyi zdaje się nie wykonano. (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 1891, 14 lutego).

Terapija.

Tranjen (z Sistowy w Bulgaryi): **Nowy sposób leczenia gruźlicy płuc.**

Nowa ta metoda, którą zapowiadały już oddawna pisma polityczne, opisaną została wreszcie w Nrze 16 *Berl. klin. Wochenschrift*. Polega ona na tem, że wstrzykuje się chorym *Hydrargyrum thymolo aceticum* w następującéj postaci: *Rp. Hydrarg. thymol. acet. 0,75, Paraff. liquid. 10,00 Ter. exactiss.* Z téj mięszaniny wstrzykuje się chorym co 7—10 dni jednę strzykawkę Pravaza do mięśni pośladkowych, a prócz tego po 2-giéj lub 3-ciéj injekcyi podaje im się 3 razy dziennie po łyżce *kal. jodat.* 5 : 200. Tranjen stosował tę metodę u 52 chorych, po większéj części przychodnich w szpitalu Augusty w Berlinie. Regularne i przynajmniéj przez jeden miesiąc trwające spostrzeżenia zebrano tylko u 11 chorych. U tych rzeczywiście zauważono znaczną poprawę stanu zdrowia: przybytek na wadze, ustąpienie potów nocnych, znikanie nawet rozległych stłumień itd. Autor wyraża się o spostrzeżeniach swych w ten sposób: w początkowych okresach gruźlicy płuc metoda opisana sprowadza znakomite polepszenie, w przypadkach niezbyt daleko posuniętéj sprawy chorobowéj poprawę mierną, w ciężkich przypadkach nie szkodzi.

T. stara się wytłomaczyć działanie rtęci w gruźlicy analogiją, która zachodzi między tą chorobą a kiłą(?). Co się zaś tyczy działania środka na samą tkankę płucną, nie może autor żadnéj nawet hypotezy wypowiedzieć. Na postać prątków w plwocinach wpływu metoda jego nie miała, jakkolwiek ilość ich w niektórych przypadkach się zmniejszała, a w jednym znikły zupełnie; także jakiejś reakcyi na samą tkankę płucną autor nie spostrzegł.

W dopisku zatytułowanym „*Nachschrift zu Obigem*" potwierdza Ewald w zupełności fakta podane przez Tranjena. Jednakże ostrzega sceptycznie przed pokładaniem wielkich nadziei w tym nowym sposobie leczenia, do czego nawiasem mówiąc, mało kto obecnie jest pochopny. U 8 chorych stałych na swoim oddziale E. nie widział zbyt wyraźnego polepszenia. E. nie zgadza się z wywodami teoretycznemi Tranjena. (*Berl. klin. Woch.* 1891. Nr. 16).

Farmakologija.

Hertel (Berlin). **Phenocollum hydrochloricum, nowy środek przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy.**

Jestto chlorek anido-acet-para-fenetydyny, rozpuszczalny w 16 częściach wody, rozczyn oddziaływa alkalicznie i jest smaku gorzkawo-słonego. Celem badania jego działania pod względem wpływu na gorączkę stosował go H. u suchotników w daleko posuniętym okresie choroby. Wyniki są następujące: Dawki pojedyncze 0·5 gr. obniżają ciepłotę na krótki czas o $^1/_2$°, podawanie takich samych dawek co godzina aż do 1·5 gr. obniża ciepłotę o 1°, obniżenie również trwa krótko. Dawka 1-gramowa sprawia po godzinie obniżenie ciepłoty o 1 — 1$^1/_2$° trwające koło 2 godzin. Podając 5 gr. dziennie można gorączkę zupełnie usunąć, jednakże skutek wobec wieczornej gorączki zdaje się mniéj być pewnym niż w gorączce dziennéj.

W ciężkim gośćcu stawowym wywarło *phenocollum hydrochl.* w dawkach dziennych po 5 gr. bardzo korzystny wpływ na samo cierpienie stawowe, nie wpływając na ciepłotę. W przypadku ciężkiego gośćca rzeżączkowego środek nie wywarł wpływu ani na cierpienie samo ani na bieg gorączki. Szkodliwego wpływu *phenocollum hydr.* na serce lub nerki nie uważano, mocz przybiera tylko po dużych dawkach zabarwienie brunatnoczerwone. Środek zasługuje zdaniem H. na bliższe zbadanie. (*Deut. Med. Woch.* 1891, Nr. 15). *Dr. Beck.*

Chirurgija.

Habart: **O aseptyce w chirurgii polowéj i wyjałowionych opatrunkach.**

Autor w rozprawce podaje nam teraźniejszy stan aseptyki i antyseptyki co do chirurgii polowéj. Antyseptyka znajduje według teraźniejszego stanu umiejętności zastosowanie do zewnętrznego lub do t. zw. zapobiegawczego odrażania pola operacyjnego, rąk chirurga i narzędzi. Świeże, czyste rany nie wymagają środków przeciwgnilnych, owszem nadmiarowe odrażanie tychże sprawia podrażnienie tkanek nawet i ropienie. Przy cięciach brzusznych niektórzy znakomici chirurgowie używają li wody przekroplonéj z domieszką chlorku sodowego (0·7% fizyjologiczny rozczyn), niektórzy nawet i bez jakiejkolwiek domieszki. Tylko zanieczyszczone ropiejące lub o zakażenie podejrzane rany wymagają środków przeciwgnilnych. Co się tyczy materyjału opatrunkowego, udowodnionem jest, iż deponowane przez dłuższy czas na-

pawane materyjały opatrunkowe zawierają zarodniki drobnoustrojów, iż środki przeciwgnilne w nich bądźto rozkładowi ulegają lub się ulatniają. Według teraźniejszego stanu antyseptyki pewną jest rzeczą, iż najlepiéj by było sporządzać materyjały opatrunkowe zjałowione bez napawania środkami przeciwgnilnemi.

Dla chirurgii polowéj wynika z powyż wymienionych zasad co następuje:

Nowomodną bronią palną zadane małe rany postrzałowe skrzeplą krwią się zlepiają, lub przez przesunięcie warstw części miękkich pokrywane zostają, rany postrzałowe zatem nowoczesne noszą znamiona podskórnych uszkodzeń i są jako takie do wygojenia się pod suchym strupem usposobione. W zapatrywaniu swojem na działanie broni palnéj nowoczesnéj i ztąd wynikających uszkodzeń zbliża się najbardziéj do zdania Bogdanika, tem samem nie zgadza się z zapatrywaniem Brunsa. Autor uważa zjałowiony materyjał opatrunkowy w postaci porcyi opatrunkowych (*Verbandportionen*) w szczelnie zamykanych kartonach jako najpraktyczniejszy z następujących powodów: Przez przechowywanie w mniejszych porcyjach niebezpieczeństwo zakażenia przez zetknięcie (*Contactinfection*) z opatrunkiem wykluczonem bywa. Zjałowiony opatrunek gazowy mógłby jako międzynarodowy opatrunek polowy uchodzić. Materyjał bowiem opatrunkowy jest w stosownéj postaci, w razie potrzeby mógłby powtórnie być zjałowionym i w danym razie można go środkami przeciwgnilnemi napawać, przedstawia przytém ideał wysuszającego opatrunku.

Dokładne wyliczenie dzieł nowoczesnéj literatury chirurgicznéj jest dla czytelnika, chcącego się obznajomić z dotyczącą literaturą, bardzo pożądane. To, co od dawna było ideałem wielu lekarzy co do uproszczenia leczenia ran, zyskało sobie przez nowoczesne badania prawo obywatelstwa. *Simplex sigillum veri!* (*Wiener klin. Wochenschrift* 1891, Nr. 10, 11). *Dr. Kapelusz.*

Okulistyka.

T. Prewitt (S. Louis). **Kilkoletna ślepota uleczona trepanacyją kości potylicznéj.**

Dziewczyna 23 l. przed 9 laty ociemniała zupełnie na oko lewe. Przed 15 laty została silnie uderzona w tylną część głowy. Odpowiednio do górnego brzegu kości potylicznéj wykryto znaczną bliznę, bolesną przy uciskaniu. Przy wziernikowaniu nie znaleziono w głębi lewego oka żadnych zmian. W okolicy blizny wykonano trepanacyję, przyczem znaleziono li tylko zgrubienie kości i opony twardej. Po rozcięciu téj ostatniéj powierzchnia mózgu nie przedstawiała zmian. Ranę zaszyto i pokryto. W kilka godzin po operacyi, jak pisze autor, chora odzyskała wzrok na lewem oku zupełnie prawidłowy. (*The St. Louis Medical and Surgical Journal*, marzec 1891). *J. Talko.*

Choroby skórne i weneryczne.

Pfeiffer: **Erythema nodosum.**

Erythema nodosum jest chorobą wieku dziecięcego, aczkolwiek, choć rzadko, i starszych nawiedzić może. Dotychczasowe dzieła pediatryczne niedostatecznie cierpienie to uwzględniają, a przedewszystkiem z inną chorobą, mianowicie z *erythema exsudativum multiforme* mięszają (Baginsky, Biedert, Bohn). Dwie te choroby prócz pierwszego wyrazu w ich nazwie nic wspólnego z sobą nie mają. *Erythema nodosum*, przez Williama niesłusznie tak nazwane, jest cierpieniem lokalizującem się na skórze przedudzia i przedramienia w kształcie czerwonych, okrągłych lub owalnych, wielkości centa, nieco nad skórę występujących plam. Okres zwiastunowy, mianowicie: gorączka, brak apetytu, bóle mięśniowe często brakować mogą. W przypadkach silniejszych plamy mogą się rozszerzyć na całe kończyny i na twarz, nigdy jednak nie zajmują tułowia lub błony śluzowéj ust. (Odróżnienie od *e. multiforme*). Plamy te, a raczéj guzki, przybierają z powodu silniejszego nacieku na twardości, stają się wyniosłe, rosną i mogą dosiągnąć wielkości jabłka. Barwa ich zamienia się na żółtą i już po 5 dniach, powoli rozpoczynając od środka, nikną, podczas gdy w sąsiednich miejscach nowe tworzą się erupcyje. Proces cały trwać może do 4 tygodni, a towarzyszy mu zazwyczaj słaba gorączka. Do ropienia ni gdy nie przychodzi. Rokowanie wcale nie jest tak dobre, jak dotychczas sądzono. Kaposi widzi pewną łączność téj choroby z nerkami, co u dzieci małych tem bardziéj optymistyczne rokowanie nieco mąci. Berther widział następowo występującą *pleuritis* i *pericarditis*. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 45). *Dr. Mendelsburg.*

Quinquaud: **Nowa metoda leczenia kiły.**

Na posiedzeniu francuskiego Tow. lek. dla syf. i dermatolog., podał Q. następujący sposób leczenia kiły: 1000 gr. kalomelu rozciera się z 300 gr. oleju rącznikowego i do tego dodaje 3000 gr. *emplastri diachyl.* Masa otrzymana w ten sposób wystarcza na pokrycie nią 14 kawałków płótna 3 m. dł. a 2 cm. szerokich. Kawałek płótna o powierzchni $2^1/_2$ cala kwadrat. zawiera około 1 gr. kalomelu, a przyłożony na okolicę śledziony w 8—14 dni ma usuwać zmiany guzkowe syf. Już w 4 dniu zauważył Q. przy tem leczeniu wydzielanie się rtęci moczem. Co 8—10 dni należy stary plaster zastąpić świeżym. (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, XI. Nr. 1). *Dr. Kurasiewicz.*

Choroby nerwowe.

Herzog: **O niestrawności nerwowéj.**

Zdanie Leubego, że w chorobie zwanéj niestrawnością nerwową żołądek pod względem ruchomości i wydzielania (chemizmu) nie przedstawia żadnych zboczeń, już z niejednéj strony starano się obalić. I rzeczywiście jak badania autora wykazują, owo zdanie Leubego na bardzo słabéj podstawie się opiera. Autor badał żołądki 14 chorych, u których z największą pewnością rozpoznano niestrawność nerwową i tylko raz znalazł żołądek zupełnie prawidłowy. Pięciu chorych przedstawiało objawy motorycznego osłabienia żołądka i nadmiernéj kwasoty, u 3 chorych znalazł osłabienie motoryczne a prawidłową kwasotę, u 4 tylko nadmierną kwasotę, u jednego motoryczne osłabienie i zmniejszoną kwasotę żołądka. (*Zeit. f. kl. med.*, 3, 1890). *Dr. Süsskind.*

Choroby umysłowe.

Dr. A. Cramer (Eberswald). **O pewnéj grupie złudzeń zmysłowych w nerwicach umysłowych.**

W mózgu tworzą się wyobrażenia, a tworzenie ich zależy od ilości krwi mózg odżywiającéj. Jeźli mięśnie gładkie w ścianach naczyń skurczą się, wówczas krew w mniejszéj ilości dopływa, zatem i mniéj wyobrażeń się tworzy w jednostce czasu. Przeciwnie, jeźli mięśnie gładkie ścian naczyniowych znajdują się w rozkurczu, wówczas wyobrażenia prędzéj i łatwiéj powstają. Wiadomą zaś jest rzeczą, że w zadumie przychodzi do skurczu mięśni gładkich, w manii zaś do rozkurczu tychże. Podobnie oddziaływają i mięśnie dowolne ustroju; u niedokrewnych znachodzi się osłabienie i brak chęci do ruchu a i melancholik w ruchach swych jest leniwym. jakgdyby osłabiony. Maniak zaś, którego mięśnie w krew zamożnie są zaopatrywane, uczuwa zwiększoną potrzebę ruchu i za tą potrzebą też zdąża. Głównie objawia się wpływ dowozu krwi w zakresie mięśni oddechowych. Melancholicy uskarżają się na duszność i tak zwany strach sercowy, wywołany ubogiem odżywieniem mięśni oddechowych, głównie zaś przepony i serca w następstwie zwężenia naczyń krwionośnych.

Maniak oddecha swobodnie, często zaś, aby tem łatwiéj zadość uczynić popędowi gwałtownego oddechania zdziera ubranie z piersi krępujące go. Co jest przyczyną tych skurczów naczyń, nie wiadomo; zdaje się jednak, iż wchodzi tu w grę nerw współczulny. Na skurczu i rozkurczu naczyń polega wiele objawów fizycznych, które w zadumie, manii, afektach, jak radości, smutku i przerażeniu napotykamy. I tak: melancholik jest bladym, maniak zwykle czerwonym; w przerażeniu zwykłem i zadumeczem powstaje gęsia skórka polegająca na skurczu mięśni gładkich skóry; w czasie znacznego przestrachu kurczy się pęcherz moczowy i w jelitach zwiększa się ruch robaczkowy tak, że człowiek bezwiednie oddaje stolec, wreszcie włosy się jeżą przez skurcz „*arrectores pilorum*“. Z tych zatem przykładów jasno wynika, że skurcz naczyń mózgowych wpływać musi na

powstawanie wyobrażeń. I tak wiadomem jest, że w czasie snu głębokiego naczynia mózgu się zwężają, ztąd i sny wtedy powstają leniwe, a treść ich nie dochodzi do świadomości, podczas gdy sny wkrótce po uśnięciu lub przed obudzeniem są żywe, zmienne i w świadomości pozostają, wtedy bowiem naczynia mózgowe już się rozszerzają. Nadmiar krwi, nie mogący się w skurczonych naczyniach pomieścić, ustępuje częścią w żyły częścią zaś wodę swoją utraca przez zwiększone wówczas wydzielanie się moczu.

Ztąd więc już w analogii wynika, że w zadumie bieg wyobrażeń i myśli musi być zwolnionym, w manii zaś przyspieszonym. Ponieważ zaś człowiek słowami myśli, na co już Maks Müller zwrócił uwagę, więc też głównie halucynacyje w zadumie i manii występują w czuciu mięśni do mówienia służących. Halucynacye te objawiają się wyjawianiem głośnem swych myśli, myślami i mowami przymusowemi. Objawy te są epizodycznemi i częściéj w przebiegu zadumy można na nie zwrócić uwagę, niż w przebiegu manii, tu bowiem gonitwa myśli staje temu na przeszkodzie. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie* 47 tom 1890). *Dr. Wachholz.*

Medycyna sądowa.

Dr. Seydel (Królewiec): **Przyczyny śmierci po rozległych oparzeniach.**

Autor przechodzi pokrótce dawniejszą i nowszą literaturę, dotyczącą przyczyn śmierci po rozległych oparzeniach. Za przyczynę bezpośrednią śmierci, jeżeli ta nastąpi zaraz po oparzeniu, uważa S. wstrząs, wywołany znacznem zadrażnieniem i zniszczeniem licznych nerwów skórnych. Jednak już zaraz po oparzeniu może nastąpić zatkanie cewek nerkowych, objawiające się hematuryją lub hemoglobinuryją. Jeżli śmierć nastaje w 24 godzin po oparzeniu, wówczas przyczyną jéj jest rozpadnięcie się ciałek czerwonych krwi, zwiększenie ilości płytek Bizzozery, które to płytki z szczątkami ciałek czerwonych tworzą zakrzepy w nerkach i żyłach opuszki rdzenia. W przypadkach, gdzie śmierć nastaje w 2 lub 3 dni po oparzeniu, przyczyny jéj szukać należy w rozległych zakrzepach w narządach gruczołowych i przewodzie pokarmowym, jako też w zmianach wtórorzędnych zakrzepami temi wywołanych. Do takich zmian należą ogniska martwinowe w nerkach, płucach, głównie zaś wrzody rozległe, nawet przebijające w żołądku i dwunastnicy.

Natomiast odrzuca S. przypuszczenie Fraenkla, Silbermanna i Schjerninga, jakoby przyczyną śmierci miał być jad nieznany, który sprowadza zmiany wsteczne w narządach gruczołowych, podobne do zmian wywołanych zatruciem istotami żrącemi i metalami. W końcu radzi w przypadkach oparzeń jak najwcześniéj badać krew za życia jeszcze, a przy obdukcyi zwłok poświęcić uwagę nie tylko obrazowi, jaki płuca, narządy gruczołowe i przewód pokarmowy przedstawiają, ale także zachowaniu się naczyń opon miękkiéj mózgu i opuszki rdzenia. (*Vierteljahrschr. für gerichtl. Medic.* T. I. 2 zeszyt 1891). *Dr. Wachholz.*

Choroby wewnętrzne.

O leczeniu gruźlicy kantarydynianem potasowym.

Środkowi Liebreicha źle się powodzi — tak jak pacyjentom, u których go stosują. Z nikąd owych wiele obiecujących wyników Liebreicha nie potwierdzają. Na posiedzeniu Zjazdu chirurgów niemieckich Bergmann referował o wynikach wspólnie z Liebreichem wykonanych badań, i wyrażał się o kantarydynianie potasowym bardzo niepochlebnie, nie przypisując mu żadnego wpływu na gruźlicę. Przemówienie Bergmanna dało powód do ostrej i w kwestyje osobiste wkraczającej dyskusyi między nim a Liebreichem.

Rosenbach (Wrocław) zajmuje się kwestyją, czy wstrzykiwania soli kantarydynowych wywołują gorączkę i przytacza historyje chorób 6 przypadków, w których stosował injekcyje środka Liebreicha (w dawce większej niż ją Liebreich zaleca, bo 0.002 *natr. cantharid.*), a w których zawsze pojawiało się podniesienie ciepłoty, raz nawet do 39·8°. Przy tej sposobności zwraca R. uwagę, że przed kilku miesiącami w dyskusyi nad środkiem Kocha wypowiedział zapatrywanie, że wszelkie ciała obce wprowadzone do obiegu krwi wywołać muszą gorączkę. Typ tej gorączki jest bardzo podobny do przebiegu gorączki podczas stosowania metody Kocha, a wysokość jéj zależy od dyspozycyi poszczególnego osobnika. Nadto zauważył R. u osób skłonnych bardzo często albuminuryję. (*Wien. Med. Blätter* Nr. 16).

Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie demonstrował Liebreich wpływ soli kantarydynowych na przebieg liszaja żrącego. 8 przypadków liszaja leczył środkiem swoim, i we wszystkich zauważył wpływ zbawienny na przebieg sprawy chorobowéj. W ogóle z pomiędzy 181 wstrzykiwań tylko 3 razy zauważono albuminuryję, a i w tych 3 przypadkach chorzy nie odnieśli żadnego szwanku. Gojenie się liszaja rozpoczyna się od obwodu, po oddzieleniu się strupa spostrzedz można skórę nie różniącą się niczem od prawidłowéj, nie widać blizny (?), tylko kontury lekko barwikiem zaznaczone dawnych zmian liszajowych. Ponieważ w obec powolnego toczenia się sprawy leczenia trudnem jest badać dokładnie jéj przebieg, gdy już z natury liszaja bardzo trudno nieraz odróżnić chore miejsca od prawidłowych, w których nieraz w głębi już ukrywają się guzki liszaja, stosuje L. metodę badania polegającą na prześwietlaniu skóry. W tym celu za pomocą soczewki silnéj zbiera światło na skórze tak, aby promienie przecinały się w tkance podskórnéj, i w ten sposób uczyniwszy przejrzystemi warstwy powierzchowne skóry, może dokładnie widzieć zmiany chorobowe w tkance podskórnéj się mieszczące. (*Deut. med. Woch.* Nr. 19).

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

Liebmann (Tryjest) wznawia swoje twierdzenie o obecności prątków gruźliczych we krwi leczonych kochiną, wbrew głosom badaczy berlińskich, którzy faktowi temu zaprzeczają. Przy zastosowaniu wszelkich środków ostrożności badał w ogóle krew 141 razy, 56 razy z wynikiem dodatnim. Najwięcéj dodatnich rezultatów otrzymywał przy badaniu krwi w 24—30 godzin po injekcyi, i fakt ten uważa L. jako przyczynę ujemnych wyników innych badaczy, którzy próby krwi brali w innych porach. Znalezione prątki nie mogą być identyczne z prątkami obumarłemi, znachodzącemi się w limfie Kocha, lecz są to bez wątpienia takie, które z ognisk gruźliczych pod wpływem działania limfy dostały się do krwi obiegu. L. przesłał nadto Virchowowi 5 preparatów mikroskopowych krwi leczonych limfą Kocha, a w liście do niego wystosowanym, a odczytanym na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie, zwalcza przypuszczenia Kosela, że prątki w jego preparatach się znachodzące są pozostałością z niedokładnie wymytych szkiełek nakrywkowych, które służyły do badania plwocin. L. bowiem przekonawszy się, że w rzeczywistości prątków z używanych szkiełek nie można w zupełności zmyć, używa od pewnego czasu do badania krwi wyłącznie nowych szkiełek. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 15 i 19).

Kohts przychodzi na podstawie niepomyślnych spostrzeżeń tak pod względem rozpoznawczym jak i leczniczym do wniosku, że tuberkuliny nie należy stosować w praktyce dziecięcéj. U dorosłych widział kilkakrotnie polepszenie. Zaleca rozpoczynanie od małych dawek i stopniowanie tychże bardzo powolne. (*Ther. Monatshefte*, kwiecień 1891).

Kahlden: Histologiczne badania nad działaniem limfy Kocha. K. podaje wyniki z 9 sekcyj. W 6 pierwszych nie znalazł, prócz stale istniejącego powiększenia gruczołów, nic, czegoby nie spotykano u nieszczepionych. Ani płuca, ani wrzody w krtani i jelitach nie okazywały właściwych zmian, mikroskopowo gruzełki nic szczególnego nie przedstawiały. Natomiast w 7-ym przypadku znalazł K. rozsianą gruźlicę ogólną głównie błon surowiczych. Liczne gruzełki były ciemno-żółto zabarwione i zawierały ropiastą płynną masę, wypływającą po nacięciu, która składała się z ciałek białych rozpadłych i prątków gruźliczych. W innym przypadku, w którym z powodu gruźlicy kości zastosowano 9 injekcyj, znaleziono przy sekcyi nadto gruźlicę jelit i krtani,

ropnie gruźlicze w mięśniach i t. d. (*Münch. med. Woch.* Nr. 17).

Unverricht (Dorpat) podaje dość pomyślne rezultaty. Wyniki lecznicze były niejednokrotnie dobre, nawet ciężko chorzy nieźle znosili kochinę. Dyjagnostyka kliniczna, zdaniem U., zyskala w kochinie znaczny postęp. (*St. Petersb. Med. W.* Nr. 13 i 14).

O wpływie wstrzykiwań limfy na jakość krwi u gruźliczych pisze Cacciamelli z Pawii: Podczas reakcyi bez względu na to, czy jest gorączka lub nie, ilość ciałek białych się zwiększa, a ilość czerwonych się zmniejsza; jeżeli istnieje gorączka bez reakcyi miejscowej, to przychodzi tylko do zmniejszenia liczby ciałek czerwonych. Po ustaniu reakcyi krew przybiera pierwotne swe własności. Podczas trwania całej kuracyi można było zauważyć ogółem zwiększenie liczby ciałek czerwonych. Ze spostrzeżeń tych wysnuwa autor wniosek, że limfa Kocha, prawdopodobnie wskutek działania na tkanki gruźlicze i ztąd powstałych produktów, wywiera znaczny wpływ na narządy krew wytwarzające. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie 15 z dnia 29 listop. 1890 roku.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 33. Jako goście koll. Beschloss i Aderschläger i prof. Dr. Petelenz.

1) Przewodniczący przedstawia nowego członka kol. Teodorowicza.

2) Kol. Krzyżanowski zdaje sprawę ze swego pobytu w Berlinie, opisuje kilka obserwowanych przez siebie przypadków leczonych limfą Kocha, z oddziałów Krausego, Levyego, Bergmanna, Senatora. W kilku przypadkach wilka i gruźlicy kości i stawów polepszenie było widocznem, w gruźlicy płuc jednak polepszenia wskutek leczenia limfą Kocha nie zauważył.

3) Kol. Stachiewicz podaje, że w Berlinie przypadku wyleczonego limfą nie widział, obserwował kilka przypadków leczonych w Görbersdorf z dziedziny gruźlicy zewnętrznej i wewnętrznej, we wszystkich reakcyja ogólna i miejscowa występowała, w niektórych jak w gruźlicy skóry i krtani widział polepszenie.

4) Kol. Rieger odczytuje list kol. Longchampsa z Berlina nadesłany o działaniu limfy.

5) Kol. Gluziński po przytoczeniu historyj chorych szczepionych w klinice prof. Rydygiera przychodzi do wniosku, że środek Kocha jest specyficznym. Co do znaczenia rozpoznawczego trzeba dalsze doświadczenia czynić, gdyż nieraz po jednorazowem wstrzyknięciu reakcyi nie ma. Większe znaczenie ma przy zmianach powierzchownych, jak *lupus*, *caries*, niż przy głębokich, jak gruźlicy płuc. W pierwszych bowiem obumarłą tkaninę usunąć można zabiegiem chirurgicznym wraz ze zawartemi laseecznikami. Co do prątków to zdaje się, że zachowują się tak, jak to opisał Fräntzel. Ubytek na wadze po reakcyi wkrótce się wyrównywa. Przy zmianach w płucach spostrzegał przedmiotowo zwiększenie przytłumienia i kaszel suchy, z powodu jednak krótkich i nielicznych obserwacyj wniosków wyciągnąć nie może. W gruźlicy krtani po wstrzykiwaniach zmniejszała się bolesność a guzki znikały, przypuszcza więc, że wyniki będą dobre. W ogóle badania muszą być dalej prowadzone i wymagają ścisłych obserwacyj. W końcu wyraża wdzięczność prof. Rydygierowi za dozwolenie korzystania z materyjału.

6) Kol. Wehr: Każdy wynalazek ludzki i każde ważniejsze odkrycie przechodzi trzy stadyja: w pierwszem nie wierzy się w ogóle, w drugiem wynajduje się różne wady i niedokładności i zapiera się pierwszeństwa, w trzeciem uznaje się odkrycie za tak proste, że niemal zapomina się o jakiejkolwiek zasłudze wynalazcy. Obecnie odkrycie Kocha znajduje się na początku drugiego stadyjum, w którem się już wierzy, jednak wyszukuje różne błędy. W całem odkryciu Kocha musimy jednak odróżnić rzecz samą od formy. O ile istota rzeczy jest niezwykłą, zadziwiającą, o tyle forma i sposób, w jaki świat lekarski i nielekarski dowiaduje się w pierwszej linii z dzienników niefachowych o cudownych właściwościach leku Kocha, musimy uznać za zupełnie nieodpowiedne i niezgodne z poważnem i trzeźwem badaniem przyjętem w naukach ścisłych. Sądzę, że w całej tej sprawie tem większe odniesiemy korzyści, im objektywniej zachowywać się będziemy i w tym względzie tylko oryginalny artykuł Kocha z d. 13/XI b. r. powinien nam pozostać na dziś jedyną dyrektywą do dalszych doświadczeń. Chciałbym najusilniej zachęcić Panów do studyjowania tego artykułu, aby uniknąć przesadnych i bałamutnych pojęć, jakiemi nas karmi codzienna europejska prasa. Również chcę zwrócić uwagę, że zamiast udawania się do Berlina, można działanie środka Kocha najdokładniej studyjować w klinice chir. krakowskiej, która dzięki uprzejmości jej kierownika prof. Rydygiera dla każdego z nas stoi otworem, a gdzie już od dni kilkunastu wstrzykuje się płyn Kocha. Otóż na mocy obserwacyj zrobionych w klinice chir. krak. mogę potwierdzić, że dotychczas sprawdza się wszystko, co powiedział Koch, a mianowicie: 1) reakcyja miejscowa i ogólna u osób z ogniskami gruźliczemi występowała wszędzie w sposób opisany przez Kocha; 2) wrzody i nacieki niegruźlicze (*carc. nasi, Rhinoscleroma*) nie reagowały; 3) że działanie lecznicze zaczyna się objawiać tak jak opisał Koch, zaczynają się wytwarzać suche strupy w wilku, przetoki gruźlicze mniej wydzielają, stawy gruźlicze więcej się uruchomiają. — Odkrycie więc Kocha polegające na wynalezieniu istoty działającej swoiście na tkanki dotknięte gruźlicą w jakiemkolwiek miejscu w organizmie, musimy uznać za rzecz niezmiernej doniosłości i znaczenia dla dalszego rozwoju całej medycyny. W każdym razie dopiero po poznaniu składu tajemnego płynu, po przeprowadzeniu licznych dalszych doświadczeń po upływie kilku tygodni i miesięcy w gruźlicy skóry, błon śluzowych i kości, a po upływie kilku miesięcy i lat w gruźlicy płuc, dojdziemy zdaniem mojem do pewnych pozytywnych wniosków co do leczniczej wartości płynu Kocha. Za sekretarza *Dr. Mukowicz.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 maja. Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Wystawa prac literackich przyrodniczych i lekarskich. — Pierwszy oddział Wystawy przyrodniczo-lekarskiej, która się odbędzie podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu b. r., ma objąć, według uchwalonego przez Komitet programu, pisma peryjodyczne przyrodnicze, lekarskie, technologiczne i techniczne w rocznikach i numerach pojedynczych, wydawnictwa książkowe peryjodyczne illustrowane i nieillustrowane, dzieła traktujące o jakiejkolwiek gałęzi z nauk przyrodniczych lub lekarskich, jakoteż rozprawy większe i mniejsze z tychże nauk i wszystkich z niemi związek mających a w ostatniem dziesięcioleciu, t. j. od r. 1881 włącznie aż do dni dzisiejszych wydane. Gdy w obec ogromu przedmiotu mającego się zestawić i braku adresów pojedynczych autorów lub wydawców niepodobną jest rzeczą wysłać osobiste zaproszenia do obesłania tego działu wystawy, uprasza Komitet wystawowy na tej drodze wszystkich tych przyrodników i lekarzy, którzy w okresie wspomnianym prace swoje drukiem ogłaszali, aby je zechcieli do dnia 20 czerwca b. r. do Komitetu wystawowego (Dr. Śliwiński, Mikołajska, 4) zgłosić, a do dnia 10 lipca b. r. na wystawę nadesłać, gdyż w ten tylko sposób będzie ich można umieścić w katalogu wystawy, który ma być dokładnym obrazem literackiej działalności polskich lekarzy i przyrodników.

Nadesłanie zgłoszeń w tym dziale wystawy leży zatem najwięcej w interesie autorów, nie powinni się też, zdaniem Komitetu, od nadesłania ociągać, gdy do wspólnego dzieła rękę przykładając dają tem samem sposobność do zrobienia obrachunku wielkiej dla naszej literatury doniosłości.

Wszystkie pisma polskie prosimy o powtórzenie niniejszej odezwy. Przewodniczący komitetu wystawowego

Dr. Michał Śliwiński.

* VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Do sekcyi medycyny teoretycznéj zgłoszono następujące tematy (c. d.): Prof. Browicz z Krakowa: 1) O zmianach błony śluzowéj gardziela (*pharynx*). 2) Demonstracyja zmian jamy nosogardłowéj. 3) Demonstracyja zmian istoty kitowéj beleczek mięśniowych serca. 4) Demonstracyja zmian ciałek czerwonych w ciężkich postaciach niedokrewności.

* W terminie majowym złożyli egzamin uprawniający do piastowania posady w publicznéj służbie zdrowia pp. Drowie: Julijan Czyrniański (ze Lwowa), Maksymilijan Mosler (z Borszczowa), Walery Momidłowski (z Krakowa), Jan Opieński (asystent z Krakowa), Peters (lekarz pułkowy z Krakowa) (celująco), Czesław Podgórski (lekarz szpitalny z Krakowa), Slączka, Józef Tarchalski (z Zatora), Józef Walczyński (z Tarnowa), Jan Wojtaszek (asystent z Krakowa) (celująco).

* Nowe czasopismo lekarskie ukazało się we Wiedniu, a mianowicie: „*Blätter f. klinische Hydrotherapie*“, wydawane przez prof. Winternitza. Wychodzić będzie raz na miesiąc a rocznik pierwszy kosztować będzie 3 złr.

* W Izbie poselskiéj pruskiéj toczyła się temi dniami dyskusyja w sprawie udzielenia kredytu w kwocie 165,000 marek na zakład dla chorób zakaźnych, stanąć mający obok Charité. Poseł Dr. Graf bronił kredytu dowodząc, że jakkolwiek wielkie nastąpiło rozczarowanie (użył on wyrażenia *Katzenjammer)* w sprawie środka Kocha, to jednak dalsze badania są potrzebne. Po nim przemówił poseł Virchow w sposób sarkatyczny, oświadczając, że niema się prawa mówić o doniosłości sprawy, zanim doniosłość tę sprawdzono; dotąd niema ani jednego przypadku wyleczonego gruźlicy, a przypadki, które zrazu zdawały się być wyleczonemi, następnie uległy recydywie. Urządzenie zakładu osobnego uważa Virchow w każdym razie za przedwczesne. Mimo to przemówienie Izba zgodziła się na umieszczenie w budżecie sumy żądanéj.

* **Nekrologija**. W Monachijum umarł znakomity profesor fizyjologii roślin Dr. Naegeli; we Wiedniu b. fizyk miasta i członek Najwyższéj Rady sanitarnéj Dr. Edward Nusser w 75 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 30 Maja 1891. Nr. 22.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém: Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Równoczesne wycięcie tętnicy i żyły udowéj powyżéj odejścia gałązek głębokich — wyzdrowienie.

Wykład wygłoszony w krak. Tow. lek. dnia 4 marca 1891.

Podał
Dr. Wiktor Idziński,
c. i k. lekarz pułkowy, operator w tejże klinice.

Panowie! Mam zamiar przedstawić chorego, u którego w klinice naszéj wśród wycinania gruczołów pachwinowych zmienionych rakowato podwiązano i wycięto w długości 3 ctm. tętnicę i żyłę udową i to w miejscu znajdującem się poniżéj więzu Pouparta, a powyżéj odejścia gałązek głębokich. Już podwiązanie każdego z tych naczyń z osobna jest poważnym co do rokowania zabiegiem chirurgicznym, a będzie nim tem bardziéj podwiązanie i wycięcie obu tych naczyń razem.

Chcąc kolejno zapoznać się z dotychczasowemi wynikami zabiegu tego, najprzód co się tyczy saméj tylko tętnicy, następnie saméj tylko żyły, a w końcu obu tych naczyń razem, czytamy w 5tym tomie *deutsch. Zeitschrift für Chirurgie* następujące porównawcze zestawienie R a b e g o wszystkich do r. 1875 ogłoszonych podwiązań tętnicy udowéj. Otóż na 560 podwiązań tętnicy udowéj zewnętrznéj, t. j. poniżéj odejścia tętnicy głębokiej było 360 wyzdrowień, 36 dodatkowych podwiązań z powodu krwotoków następowych i 142 przypadków śmierci = 21%;

na 178 podwiązań tętnicy udowéj wspólnéj, t. j. powyżéj odejścia tętnicy głębokiéj, podobnie jak u naszego chorego, było: 65 wyzdrowień, 22 dodatkowych podwiązań, 69 śmierci = 47%;

na 297 podwiązań tętnicy biodrowéj zewnętrznéj było: 129 wyzdrowień, 22 dodatkowych podwiązań i 69 śmierci = 34%.

Cyfry te datują się wprawdzie z r. 1875, a więc z czasów jeszcze przedantiseptycznych, kiedy znaczny procent śmiertelności był wynikiem nietylko samego podwiązania, ale i częstszych podówczas niż dzisiaj chorób przyrannych; pouczają one nas jednak w każdym razie, że podwiązanie tętnicy udowéj powyżéj odejścia gałązki głębokiéj jest z pomiędzy wszystkich innych podwiązań tętnicy téj najpoważniejszym zabiegiem. Poważna liczba 47% nakazuje nam ograniczyć zabieg ten do koniecznych tylko wskazań, jak n. p. do skaleczenia tętnicy w tem właśnie miejscu, lub wycinania nowotworów, zrośniętych w téj okolicy z tętnicą.

Z końcem przeszłego wieku zalecił H u n t e r, celem leczenia tętniaków, podwiązywanie naczyń, nazwane późniéj podwiązaniem w miejscu wyboru, sposób wykonywany tak chętnie w pierwszéj połowie bieżącego stulecia dla tamowania obwodowych krwotoków. Dziś tamujemy krwotok przez podwiązanie miejscowe, a wyjątkowo czasem tylko przez podwiązanie w miejscu wyboru; nawet celem leczenia tętniaków nie zawsze chwytamy się już sposobu H u n t e r a. Robię jednak tę wzmiankę historyczną jedynie dlatego, aby, opierając się na wyżéj przytoczonéj statystyce, nazwać błędem sztuki lekarskiéj, gdyby który ze starszych chirurgów, chcąc zatamować krwotok obwodowy, wybrał sobie za miejsce podwiązania właśnie część tętnicy udowéj, znajdującą się powyżéj odejścia tętnicy głębokiéj.

Tyle o podwiązaniu tętnicy udowéj. Co się tyczy podwiązania saméj tylko żyły udowéj, powyżéj żyły głębokiéj, to jeszcze do niedawnych czasów istniały nadzwyczaj odmienne zapatrywania na postępowanie po skaleczeniu naczynia tego, i do niedawna zgadzali się prawie wszyscy chirurdzy, że zabieg ten jest o wiele cięższy od podwiązania odpowiedniéj tętnicy.

Jednym z pierwszych, który zabierał tu głos, był francuski chirurg Ph. J. R o u x [1]). Zawezwany do skaleczonego

[1]) *Nouveaux éléments de médecine operatoire.* Paris 1813, T. I, p. 249.

w pojedynku kolegi swojego lekarza, któremu przeciwnik przeciął samą tylko żyłę udową, podwiązał mu ją. Wkrótce potem wystąpił ogromny obrzęk kończyny dolnéj, który przeszedł niebawem w zgorzel. Chory umarł.

Podobny przypadek opisał Linhard[1]). Wśród bitki przebito 14-letniemu chłopcu żyłę udową. Linhardt podwiązał ją powyżéj odejścia gałązki głębokiéj, nastąpiła wkrótce zgorzel i śmierć.

Oparci na tych smutnych wynikach, orzekli Roux i Linhardt, że w razie skaleczenia żyły udowéj należy natychmiast przystąpić do pierwotnego wyłuszczenia kończyny dolnéj.

Zdanie to zyskało poparcie takich powag, jak Pirogowa i Stromeyera[2]). Trochę łagodniejszego postępowania radzili się chwytać Gensoul[3]) i Ryszard Langenbeck[4]). Radzili oni podwiązać w razie skaleczenia żyły odpowiednią tylko tętnicę udową lub oba naczynia te razem. Gensoul zatamował u pewnego żołnierza krwotok z postrzelonéj żyły udowéj przez podwiązanie odpowiedniéj tętnicy, a podobnie postąpił Langenbeck z dobrym skutkiem u choréj, któréj podczas wycinania mięsaka z okolicy pachwinowéj skaleczył przypadkowo żyłę udową.

Podwiązanie tętnicy według Langenbecka miało mieć jeszcze i znaczenie wyrównawcze krążenia krwi w kończynie. Sądził on, że obrzęk znaczny powstały po podwiązaniu samej tylko żyły i następowa zgorzel dadzą się usunąć przez podwiązanie tętnicy, gdyż w ten sposób zmniejszamy dopływ krwi do kończyny.

Postępowanie Gensoula-Langenbecka znalazło poparcie w przypadkach ogłoszonych przez Tillmansa[5]) i Oettingena. U chorego Oettingena wystąpił po podwiązaniu żyły udowéj znaczny obrzęk kończyny dolnéj, który rzeczywiście po podwiązaniu odpowiedniéj tętnicy wkrótce ustąpił.

Że oszczędzanie żyły a podwiązanie tętnicy tylko ma być połączone ze znaczną korzyścią dla przebiegu pooperacyjnego, zatem przemawiać miały i doświadczenia anatomiczne. Anatom Braune[6]) doszedł na mocy nastrzykiwań naczyń udowych do następujących wyników. Żyła udowa powyżéj odejścia żyły głębokiéj jest jedynem naczyniem odprowadzającem krew z kończyny dolnéj. Istnieją wprawdzie małe połączenia żylne uboczne, jak n. p. między tak zwaną *v. circumflexa femoris anterior* a *v. obturatoria* i gałązkami innych mniejszych żył miednicy małéj, jednak gałązki te odchodzą od pni główniejszych bardzo skośnie, a co ważniejsza, są w nich rozwinięte zastawki żylne, bardzo ściśle domykające, które znacznie utrudniają powstanie krążenia obocznego. Aby wywołać niedomykalność tych zastawek, potrzeba ciśnienia 20 mm. Hg.

Tak więc i doświadczenia kliniczne i doświadczenia anatomiczne zdawały się zgodnie przemawiać za postępowaniem Gensoula-Langenbecka. W miarę jednak, jak coraz częściéj zabierali chirurdzy w téj sprawie głos, i w miarę coraz liczniéj ogłaszanych odpowiednich przypadków, zmieniły się zapatrywania na tą sprawę. W r. 1883 ogłosił Braun z Heidelbergu w archiwie Langenbecka[1]) krytyczne zestawienie całego dotychczasowego postępowania. Statystyka jego brzmi: Na 17 podwiązań saméj żyły udowéj, z tych a) 11 wśród wycinania guzów pachwinowych, było 8 wyzdrowień, 2 przyp. śmierci z krwotoków następczych, 1 śmierci z posocznicy, nigdzie nie przyszło do zgorzeli: b) 6 po skaleczeniu, 4 przyp. wyzdrowień, 2 śmierci (Roux i Linhardt). Na 5 podwiązań saméj tętnicy, po obrażeniu żyły, 3 razy przy wycinaniu guzów a 2 razy po skaleczeniu przypadkowem żyły 2 przyp. zgorzeli, 2 śmierci z posocznicy i 1 przyp. wyzdrowienia. Na 15 podwiązań tętnicy i żyły udowéj równocześnie, było 7 przyp. zgorzeli, 8 wyzdrowień, a szczegółowo na 9 podwiązań wśród wycinania guzów były 4 przyp. zgorzeli, 5 uzdrowień, a na 6 podwiązań po skaleczeniu były 3 przyp. zgorzeli i 3 uzdrowienia.

Cyfry te pouczają nas, że jeżeli po skaleczeniu żyły podwiążemy tylko tętnicę lub równocześnie tętnicę i żyłę, to zabieg ten będzie dla chorego procentowo o wiele niebezpieczniejszy niż podwiązanie samej tylko żyły.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) *Compendium der Operationslehre.* 1860. — [2]) *Chirurgie* p. 938. — [3]) *Note sur les blessés, reçus á l'hôtel-Dieu de Lyon pendant les troubles de* 1831. *Gazette médicale de Paris* 1833. Nr. 43, p. 299. — [4]) *Archiv. f. klin. Chirurgie* 1861, T. I. *Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen.* p. 30. — [5]) *Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 3, 4, 1881. — [6]) *Die Unterschenkelvenen des Menschen.* Lipsk. 1861, 6 tablic.

[1]) T. 28. *Die Unterbindung der Schenkelvene am Poupartischen Bande.*

II. Przyczynek do onkologii spojówki.

Napisał
Dr. med. **Konrad Rumszewicz** (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 21.)

W r. 1879 Kolaczek w swej pracy „*Zur Lehre von der Melanose der Blutgeschwülste*“ (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* XII) pierwszy zwrócił uwagę na mięsaki o budowie zupełnie odrębnej. W przypadku czarnego naczyniowego mięsaka pachy spostrzegł on, że w rozszerzonych naczyniach włosowatych, obok kulek krwistych, znajdowały się komórki do śródbłonkowych bardzo podobne. Nadto naczynia włosowate często przedstawiały się raczej w postaci szczelin, które ciałka czerwone zawierały. Szczeliny te otaczały dokoła komórki, a jeśli się te obficiéj rozrastały, to ciałka krwi znikały. Znowuż pośród rozrostów komórek znajdował on naczynia włosowate o bardzo blizko obok siebie położonych a dużych jądrach śródbłonka, utrzymuje też, iż był to właśnie początek rozwoju nowotworu. Kolaczek opisał nadto u 56-letniego mężczyzny (l. c. str. 75) mięsak czarny powstały w lewem oku, może wskutek uderzenia trzaską. Nowotwór rósł w ciągu 10 miesięcy, począwszy od kąta wewnętrznego lewego oka, zajmował on wewnętrzną powierzchnię całéj górnéj powieki i wewnętrzną połowę dolnéj i był wielkości śliwki. Gruczoły przeduszne obrzękłe. W kilka tygodni po pierwszych oględzinach nowotwór zajął całą rogówkę i białkówkę, nastąpiło przedziurawienie rogówki i wtedy dopiero chory zechciał poddać się operacyi. Przy badaniu drobnowidowem znaleziono zbiorowiska komórek, w środku których znajdowały się bardzo szerokie i niezwykle krwią przepełnione naczynia włosowate. Z tych zbiorowisk komórek stopniowo powstawały siatkowate, często widocznie kształt rurek mające pasemka podługowatych komórek o jądrach wielkich rozmiarów. Utwory te ku powierzchni stawały się coraz szerszemi, a w końcu zlewały

się w zbiorowiska komórek zbliżonych do przybłonkowych (*epithelioide*). Właściwego podścieliska nowotwór wcale nie posiadał. Pasemka i rurki wrzecionowatych komórek zupełnie przypominały ściany naczyń krwionośnych i Kolaczek utrzymuje, że powstały też one wskutek rozrostu komórek ścian naczyń.

Przed rokiem widziałem następujący przypadek. N. O. 24-letni, zupełnie zdrowy mężczyzna, na oczy nigdy nie cierpiał, nigdy też one nie ulegały obrażeniu. Przed trzema miesiącami spostrzegł nieznaczną i niebolącą obrzękłość w części zewnętrznej lewéj dolnéj powieki. W obu gałkach ocznych, jakotéż w trzech powiekach żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Po odwróceniu lewéj dolnéj powieki w części jéj zewnętrznéj spostrzegamy utwór barwy różowéj, kształtu podługowatego, wielkości małéj fasoli, spłaszczony, a przyczepiony za pomocą cienkiéj szypułki do spojówki w okolicy dolnego fałdu przejściowego; spojówka bynajmniej nie była podrażnioną. Po zadaniu kokainy podniosłem nowotwór za pomocą haczyka, wyciąłem szypułkę z cząstkami tkanki otaczającéj, poczem jeszcze wyskrobałem tkankę otaczającą za pomocą ostréj łyżeczki. Krwotok bardzo był nieznaczny, rana raźno zarosła, chorego późniéj nigdy już więcéj nie widziałem.

Wymiary nowotworu, dokonane po wycięciu tegoż, wykazały: największa długość 6 mm., szerokość około 5 mm., grubość w środku 2,5 mm., ku brzegom grubość stopniowo się zmniejszała, jednakże sam brzeg nigdzie nie był ostry, lecz zaokrąglony. Nowotwór przechowałem w płynie Müllera. Na dokonanem następnie przez środek nowotwotworu cięciu, dziwnie przypominał on cięcie przez środek nerki dokonane, odcięta zaś szypułka stanowiła jakby moczowód téjże. Badanie drobnowidowe wykazało: przez szypułkę do istoty nowotworu wstępowały naczynia (4—6) dość grube, lecz o cienkich ścianach. Tu w początku znajdowała się luźna tkanka łączna, w któr j się też naczynia niezwłocznie rozgałęziały. Obręb, w którym się tkanka łączna znajdowała w stosunku do nowotworu, najzupełniéj przypominał na cięciu miednicę nerki. Przybłonek spojówki bezpośrednio przechodził na szypułkę i na sam nowotwór, kształt zaś komórek jego o tyle tylko się zmieniał, że komórki walcowate i okrągłe przeistaczały się w płaskie. Jednakże nowotwór wszędzie posiadał całkowitą i jednostajną warstwę przybłonkową. Naczynia krwionośne w istocie nowotworu przybierały kierunek od wejścia ku obwodowi tegoż. Ściany ich, już uprzednio cienkie, stawały się jeszcze bardziéj cienkiemi tak dalece, że po niedługim przebiegu przy badaniu powierzchownem trudno było określić, czy naczynia posiadały własne ściany, czy téż stanowiły je tylko przewody, pomiędzy komórkami nowotworu powstałe; wszakże na pewnéj, a nawet dość znacznéj przestrzeni znajdowałem tu zawsze jeszcze niewielkie światło, w niem zaś kulki krwi. Jeszcze daléj światło bezwarunkowo znikało. Tkanki łącznéj w nowotworze, prócz wymienionéj okolicy u wejścia obok naczyń krwionośnych, wcale nie było; rusztowanie jego stanowiły wyłącznie naczynia krwionośne, których rozgałęzienia wyglądały jako długie przewody o nadzwyczaj małem świetle. Rozgałęzienia te bynajmniéj nie były gęste, miały cechę naczyń włosowatych, chociaż właściwéj sieci naczyń włosowatych nowotwór wcale nie zawierał. Otaczały rozgałęzienia naczyniowe jakby bardzo grube pochwy zbudowane z komórek najrozmaitszych kształtów, przeważnie płaskich, jakkolwiek dość liczne były również komórki wrzecionowate. Dłuższe wymiary komórek przeważnie były położone prostopadle względem osi naczyń. Kierunek ten pozostawał wtedy nawet, gdy światło w naczyniu stawało się niewidocznem. Tak więc nowotwór składał się jakby z całego układu utworów walcowatych, które najrozmaitszy miały kierunek, istoty międzykomórkowéj wcale nie było. W miejscach, gdzie pomiędzy utworami temi czyli pochewkami naczyń lub pasemek pozbawionych światła, ciąg dalszy naczyń stanowiących, pozostawały jakby przerwy, wypełniały je również komórki śródbłonka, które przybierały wtedy najrozmaitsze kierunki i kształty.

Nadmieniłem już wyżéj, że grubsze nawet naczynia w obrębie nowotworu miały cechy naczyń włosowatych, nawet cienkiéj błony dodatkowéj naczynia te wcale nie posiadały. Światło ich odgraniczały na cięciu wyraźne linije, niejednokrotnie jednak spostrzegałem, że linije te na pewnéj przestrzeni były jakby przerwane w skutek tego, że do środka naczynia wstępowały grupy komórek, które widocznie bezpośrednio ze śródbłonkiem naczynia były połączone. Komórki śródbłonka tego były znacznie mniejsze, bynajmniéj nie płaskie, lecz bardziéj do komórek sześciennych przybłonka zbliżone, natomiast jądra miały nieodpowiednio znaczne wymiary, bardzo téż często napotykałem komórki o 2 jądrach. Do téj warstwy śródbłonka ku zewnątrz bezpośrednio przytykały komórki również kształt mniej lub więcéj sześcienny mające. Daléj ku zewnątrz widziałem komórki okrągłe, jeszcze daléj wrzecionowate, jądra zaś wszystkich tych komórek w niczem się nie różniły od jąder śródbłonka naczyń. Kształt wrzecionowaty przeważał w komórkach oddalonych o kilka warstw od światła naczynia, obręb zaś, w którym się one znajdowały, bardzo znaczną posiadał grubość. Zwykle jednak już niezbyt daleko od wyżéj opisanego znajdował się inny zupełnie podobny układ komórkowy, otaczający najbliższe naczynie krwionośne — otóż w miejscu, że tak powiem, spotkania się obu utworów komórki, jak powiedziałem już wyżéj, znów traciły kształt wrzecionowaty, natomiast dawały się spostrzegać komórki najrozmaitszych kształtów, począwszy od okrągłych do zupełnie płaskich.

Prócz tkanki łącznéj, w bardzo zresztą nieznacznéj ilości u podstawy nowotworu, w istocie tegoż wcale jéj nie znaleźliśmy, chociażby nawet w pobliżu grubszych naczyń. Sam nowotwór posiadał budowę dziwnie prostą: rozgałęzione naczynia krwionośne, otoczone dokoła grubemi pochwami z komórek zupełnie do przybłonkowych podobnych, jednakże różniących się od nich tem, że nie pochodziły one od listka przybłonkowego. Pomiędzy komórkami temi wcale nie było istoty międzykomórkowéj, nowotwór więc o takiej budowie do rakowych raczéj zaliczyć należy. Słusznie zatem poniekąd Klebs (*Allgemeine Pathologie* 1889 II) zupełnie odróżnia śródbłoniaki od mięsaków. W istocie od mięsaków różnią się one już tem, że istoty międzykomórkowéj wcale nie posiadają, natomiast mają to wspólne, że powstają z utworów od listka średniego początek biorących. Ziegler (*Pathologische Anatomie* 1884 I, str. 226) i Klebs (l. c.) utrzymują, że śródbłoniaki powstają wskutek rozrostu śródbłonka limfatycznych naczyń lub przestworów. Jednakże w moim przypadku, jakkolwiek nowotwór zbadałem najdokładniéj, wszakże ani naczyń tych, ani też przetworów wcale nie znalazłem. Natomiast, jak wspomniałem już, komórki do przybłonkowych zbliżone, z których wyłącznie

prawie nowotwór się składał, stanowiły ciąg dalszy komórek śródbłonka naczyń, których rozrost następował przeważnie w kierunku od światła naczyń ku zewnątrz, chociaż w niektórych miejscach rozrastały się one również w samem świetle naczyń. W obu razach, gdy rozrost ten bardzo był znaczny, światło naczyń znikało zupełnie, w miejscu tegoż pozostawało tylko cienkie pasemko. Utrzymuję przeto, że w przypadku moim nowotwór powstał w skutek rozrostu śródbłonka samych naczyń i że z tego względu jest on najzupełniéj podobny do przypadków przez Kolaczka opisanych a wyżéj przytoczonych i tém się chyba różni, że znacznych rozszerzeń naczyń włosowatych, o których Kolaczek wspomina, wcale nie znalazłem.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby nerwowe.

Prof. Eichhorst. **O chorobach nerwowych po influenzy.**

Przyp. I. Lekarz dotąd zdrowy, silnie zbudowany, liczący lat 40, doznał nagle w 14 dni po rozpoczęciu się choroby bardzo gwałtownych bólów w obu kończynach dolnych i równocześnie stracił w nich czucie. Stopy i dolne połowy podudzi przybrały barwę sinoczarną, stały się zimne i straciły zupełnie czucie *(gangraena symmetrica)*. Chory nie zgodził się na amputacyję i z tego powodu wśród okropnych bólów po upływie tygodnia zmarł.

Przyp. II. Silny mężczyzna 22-letni po bardzo ciężkiéj, z wysoką gorączką połączonéj influenzy, doznał bardzo gwałtownych bólów w lewéj stopie, przyczem takowa przybrała barwę niebieskawą i straciła czucie. Po okładach ciepłych trwających 3 dni objawy te ustąpiły. Za to w 8 dni późniéj wystąpiło porażenie prawego splotu ramieniowego, zmiany w oddziaływaniu elektrycznem tychże nerwów i mięśni przez takowe zaopatrywanych.

Przyp. III. Mężczyzna 34-letni dziedzicznie nieobciążony po przebyciu lekkiéj influenzy popadł w podniecenie szałowe, które trwało przez 5 tygodni. Napady podniecenia szałowego czasem ustępowały miejsca apatyi i abulii.

Przyp. IV. Kobieta 24-letnia po przebyciu influenzy zapadła na silny ból w lewéj połowie głowy i osłabienie kończyny górnéj lewéj. W 3 tygodnie po wystąpieniu tych objawów wystąpiła zupełna niemota. (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte* XX, 4 1890). *Dr. Süsskind.*

Choroby umysłowe.

Serger. **Działanie hyoscyny w chorobach umysłowych.**

S. zestawia po krótce działanie leku tego nowego wedle spostrzeżeń własnych. Nadaje się on do podawania tylko nieulecznym w stanach podniecenia celem wywołania ubezwładnienia i snu. Najlepiéj i najprędzéj działa podany podskórnie.

Wszystkie objawy, jakie hyoscyna w dawkach leczniczych podawana wywołuje, są w samych początkach stosowania wybitne, potem się zacierają w miarę przyzwyczajenia się ustroju do niéj, aż wreszcie ustrój przestaje na nią oddziaływać. W narządzie wzrokowym spostrzega się wkrótce po podaniu hyoscyny rozszerzenie źrenic przy utrzymanym odruchu na światło i konwergencyję i dość znaczne porażenie akomodacyi. Wydzielanie śliny zmniejsza się, przez co łącznie z występującem porażeniem mięśni połykowych chory cierpi na suchość w ustach i niemożność odżywienia się. Ztądto po dłuższem stosowaniu przetworu tego spostrzedz się daje dość szybki upadek ciężaru ciała. Czasem wywołuje biegunki. Najwybitniejsze skutki hyoscyny zaznaczają się w narządzie krążenia: tętno w krótkim czasie po podaniu dawki 1—2 mg. przyspiesza się, poczem po upływie godziny, czasem trzech, znacznie się zwalnia. W czasie przyspieszenia akcyi serca zdarza się często przepuszczenie tętna. W miarę przyspieszenia tętna zwalnia się napięcie ścian naczyniowych i parcie ościenne się obniża, przeciwnie w miarę zwolnienia tętna naczynia się kurczą i parcie wzrasta. Tem należy sobie tłómaczyć występowanie przekrwienia czynnego głowy na przemian z niedokrewnością.

Hyoscyna zwykle już w przeciągu 10 minut działa uspakajająco przez ubezwładnienie, a więc niejako jak kaftany przymusowe. Chory doznaje uczucia znużenia i bezwładu. Sen wywołany hyoscyną nie trwa nad dwie godziny i nie jest wcale pokrzepiającym, ztąd wartość nasenna leku jest bardzo nieznaczną. Dość często środek ten działa odwrotnie, t. j. nie uspakaja, lecz owszem bardzo znacznie pobudza. W ogóle działanie jego jest niestałem, a częściéj szkodliwem niż użytecznem. Działanie jego polega, zdaje się, na bezpośredniem porażeniu zwojów nerwowych. Przyzwyczajenie doń istnieje zupełne, ztąd po częstszem podawaniu go, n. p. przez dwa tygodnie, wcale już nie działa. W dwóch przypadkach „*dementia paralytica*“ miał się lek ten przyczynić według S. do przyspieszenia zejścia śmiertelnego przez gwałtowne obniżenie ciężaru ciała. (*Allg. Ztschr. f. Psychiatrie* T. 47 III i IV Zeszyt z r. 1890). *Dr. Wachholz.*

Choroby oczne.

Operacyja zaćmy z irydektomiją i bez irydektomii.

Zwiedzając kliniki europejskie w r. 1869, poznałem dwóch antagonistów Graefego, Hasnera w Pradze i Giopp iego w Padwie, którzy powstawali przeciw szpeceniu oka przez wycięcie tęczówki przy operacyi zaćmy według klasycznéj metody Graefego. Dziś obaj przeciwnicy jego leżą już w grobie: w Niemczech, Austryi i we Włoszech operują zaćmę z irydektomiją i tylko niektórzy we Francyi (Gałęzowski, Wecker), w Ameryce (Knapp) i w Rosyi (Kacaurow, Wołkow) przy wydobyciu zaćmy nie wycinają wcale tęczówki. W obec dwóch tych obozów operatorów zaćmy, po odczytaniu protokółu posiedzenia tow. lek. galic. z d. 8/XI r. z., chcę przedstawić Czytelnikom „Przegl. Lek.“ rezultaty 2-ch prac, świeżo ogłoszonych w czasopiśmie: „*Oftałmołogiczeskij Wiestnik*“, oświadczając z góry, że jestem wyznawcą stosowania irydektomii przy operacyi zaćmy.

Pani Dr. Sierebrannikowa z Permu (zeszyt lutowy r. b.), w artykule „300 operacyj zaćm“, podaje wyniki porównawcze stosowania przy *catar. senilis* irydektomii, oraz operacyi bez téj ostatniéj. Takich zaćm wydobyto 266, z nich 100 bez irydektomii i 166 z irydektomiją. Autorka robi cięcie sposobem Graefego w limbus, jednocześnie rozszerzając nożykiem i torebkę, potem robi (lub nierobi) irydektomiję i soczewkę wyciska za pomocą łyżeczki; jeśli się niema robić irydektomii, to atropiny nie zakrapla się; skoro wypada tęczówka, reponuje się ją sondą, ezeryny nie wkrapla. Przy operacyi nastąpił 14 razy *prol. corp. vitrei* i to po wycięciu tęczówki, *prol. iridis* (7 razy) nastąpił przy operacyi bez irydektomii. Opierając się na swych obserwacyjach, Dr. S. odpowiada na następujące jakoby zalety sposobu francuskiego: a) okrągła źrenica — strona kosmetyczna nieważna wcale; b) prędkość operacyi — autorka na to się nie zgadza, gdyż oczyszczenie źrenicy i reponowanie tęczówki zajmują więcéj czasu, niż to bywa przy irydektomii; c) krótkość pooperacyjnego peryjodu — jak po operacyi Graefego tak i po operacyi Daviela komórka oka już się napełnia po upływie doby, chory może opuścić łóżko na 3-ci dzień, a opatrunek można zdjąć po 5 dniach; jednakże po operacyi Graefego nie mamy potrzeby leczyć następowo *prol. iridis* i po kilka tygodni czekać na wessanie resztek kortykalnych. A co najważniejsza d) ostrość wzroku przy porównaniu 100 przypadków operowanych sposobem Daviela i 100 według Graefego okazała się wyższą u chorych, którym wykonywano irydektomiję.

Visus	Przypadki bez irydektomii	Przypadki z irydektomiją
$^{20}/_{20}$	9	15
$^{20}/_{30}$	7	14
$^{20}/_{40}$	26	42
$^{20}/_{70}$	25	51
$^{20}/_{100}$	22	30

Visus	Przypadki bez irydektomii	Przypadki z irydektomiją
$^{20}/_{200}$	4	3
$^{6}/_{200}$	6	9
0	1	2
	100	166

Pani S. postanowiła nadal trzymać się metody klasycznéj Graefego, jako dającéj prawidłowy pooperacyjny przebieg i lepszą bystrość wzroku — a jako zwolenniczka antiseptyki słusznie zaleca swym pacyjentom użycie kąpieli w wiliję operacyi.

Dr. Wołkow z Saratowa w kwietniowym zeszycie z r. b. w art. „o ekstrakcyi zaćmy bez irydektomii“ powiada, iż w ciągu 12 lat wykonał 1009 oper. zaćm sposobem Graefego z irydektomiją, przyczem powrócono wzrok (od $^{20}/_{20}$ do $^{10}/_{200}$) tylko w 800 przypadkach, następnych zaćm miał 119 i zupełną utratę wzroku 49 t. j. 5% (pozostała liczba oczu była operowana *per discissionem*). Niezachęcony takim rezultatem autor zaczął robić ekstrakcyję bez irydektomii, przyczem rozcina rogówkę odpowiednio do górnego brzegu nierozszerzonéj źrenicy nożykiem Graefego (cięcie Küchlera), po cystotomii uciska górny brzeg rany i przy pomocy tarcia łyżeczką nadzwyczaj łatwo usuwa z oka soczewkę; jeśli wypada tęczówka, to reponuje ją. Takim sposobem autor zwykle otrzymuje „czarną, okrągłą i centralną źrenicę, wolną(?) od mas kortykalnych“; krwotoku przytem do komórki oka nie bywa. co sprzyja oczyszczeniu źrenicy, a czego, zdaniem Dra W., nie możemy osiągnąć po wykonaniu irydektomii. Autor opiera swoje wyniki na 225 operacyjach, wykonanych bez irydektomii i tak jest zadowolony, pod względem kosmetycznym, iż żałuje mocno, że poprzednio, w ciągu 11 lat sposobem Graefego zdefigurował przeszło 1000 ócz! Z tych 225 przyp. (w 180 operował jednocześnie na obu oczach), 4 miał złe wyniki, a u 221 wzrok przywrócony został nie mniejszy niż $^{20}/_{200}$, zaćmy następowéj nie obserwował ani razu.

Swój sposób oper. zaćm autor przedstawił na Zjeździe lek. w Moskwie w r. b. i spotkał się z wielu stron z licznemi słusznemi zarzutami; między innemi Dr. Krinkow zrobił uwagę, że ideałem oper. zaćmy nie jest okrągła źrenica, lecz stopień odzyskanego wzroku, przytem 20 przypadków długiego gojenia się rany, 31 *syn. anterior* i 88 przyp. zapalenia tęczówki, jakie miały miejsce u pacyjentów Dra W., nie osobliwie polecają jego sposób, a Dr. Łożecznikow wyraził zdziwienie, iż przy tylu przypadkach uwięzienia i zapalenia tęczówki, operator nie miał „ani jednego“ przypadku zaćmy następowéj, o czem niżéj podpisany bardzo wątpi, opierając się na chorych badanych przez siebie po operacyi Dra Kacaurowa w Jarosławiu n/W.

Dr. J. Talko.

Choroby skórne.

Leloir: Leczenie poronne liszaja (*Herpes*) alkoholem i rozczynami alkoholowemi.

Na sobie samym tudzież na wielu przypadkach w klinice swojéj i w prywatnéj praktyce zauważył L. zbawienny wpływ alkoholu i rozczynów alkoholowych na liszaj (*herpes*). W okresie zaczerwienienia, już w kilku godzinach po zadziałaniu alkoholu lub jego rozczynów cierpienie zostaje zupełnie usuniętem; gdy się już pęcherzyki wytworzyły, potrzeba do wyleczenia 1—2 dni, a gdy już ropienie w pęcherzykach powstało, to pod działaniem tego leku leczenie znacznie się skraca. W ten sposób nawet gwałtowny wybuch półpaśca *(herpes zoster)* zdołał L. w 2—5 dni usunąć, przyczem przypadłości podmiotowe, jak pieczenie, ból miejscowy i bóle neuralgiczne rozpromieniające się miały ze znacznie mniejszem nasileniem występować. W końcu podaje L. najczęściéj używane formułki do używania alkoholu, z których niektóre przytaczam:

1) *Alcohol. 90% 100·0, Resorcini puri 2·0* albo: *Thymol 1·0, Menthol 3·0.* — 2) *Alcohol 90% 100·0, Menthol 3·0, Extr. cannab. ind. 5·0.* — 3) *Alcohol 90% 200, Resorcini 6·0, Cocaini mur. 1—4·0.* — 4) *Alcohol 90% 50·0, Acidi tannici 6·0.* — 5) *Alcohol 90% 500·0, Extr. cannab. ind. 25·0, Cocaini muriat 6·0.* Te rozmaite rozczyny alkoholu przykłada się na wacie, odnawiając kilka razy dziennie. (*Monatshefte f. prakt. Dermatolog.*, 1890, XI., Nr. 4). *Dr. Kurasiewicz.*

Toksykologija.

Prof. Hofmann: Przypadek otrucia wyciągiem *filicis maris aether.*

Dziewczynka 5½ lat licząca, dotknięta, jak się okazało przy sekcyi, gruźlicą prosówkową płuc i narządów brzusznych, dostała celem spędzenia tasiemca w przeciągu dwóch godzin 7·5 grm. powyższego środka. Po upływie 1½ godziny dziecko popadło w śpiączkę i zmarło wśród drgawek po upływie 3½ godzin. W przypadkach otrucia tym środkiem dawniéj opisanych użyto raz zamiast 5½ gram, 43·0 gram., w drugim 8·0 gram. Autor uważa za przyczynę otrucia w powyższym przypadku nieprawidłowe oddziaływanie dziecka na ten środek. (*Wien. kl. Woch.* III., 26, 1890).

Dr. Süsskind.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Na życzenie Kocha podjęli byli Watson Cheyne i Heron badania z tuberkuliną w szpitalach londyńskich. Na jednem z ostatnich posiedzeń *Medical Society of London* zdawał Heron sprawę z wyników otrzymanych. Według rady Kocha starał się H. wyszukiwać takie przypadki, w których tylko mała część jednego płuca była zajęta i w których nie przyszło jeszcze do wytworzenia się jam. Jednakże przekonał się prędko, że bardzo mało można było znaleść takich chorych, i dlatego stosował tuberkulinę u chorych, którzy jak najmniej od idealnego opisu Kocha się oddalali. Dotąd leczył 37 chorych 1200 wstrzykiwaniami. Z niezwykłych objawów reakcyi opisuje spadek ciepłoty poniżej normy, co można było nieraz przypisać okoliczności, że mierzono ciepłotę w ustach. W jednym przypadku ciepłota po injekcyi opadła do 35°; ciepłoty 35·6° i 36° nie były rzadkie (zazwyczaj po ustąpieniu reakcyi pomiędzy 12—4. godziną w nocy). Ciężkich reakcyi mało H. widział. Zresztą opis zmian ogólnych i miejscowych, wywołanych wstrzykiwaniami środka Kocha, nie różnią się od wielostronnie podanych. W dyskusyi wielu przemawiało przeciw metodzie a Acland powstawał przeciw tajemniczości, którą Koch środek swój okrywa. Heron jednak i przewodniczący wzięli Kocha w obronę, uznając na razie zatajenie bliższych szczegółów przygotowywania limfy za słuszne w celu uniknienia fałszowań.

Watson Cheyne przedstawiał wyniki leczenia cierpień chirurgicznych limfą Kocha. Zajmującą jest przedewszystkiem nowa metoda, którą Ch. poleca. Polega ona na stałem podawaniu środka, przez co osiągać się ma szybko tolerancyję dla działania ogólnego, podczas gdy reakcyja miejscowa na tem nie cierpi. Ch. dochodzi do dużych dawek 0·1—0·2 i więcéj) które wstrzykuje nawet 3 razy dziennie! W ten sposób można wprowadzić do ustroju ogromne ilości kochiny, nie wywołując gorączki, podczas gdy miejscowo wyraźne polepszenie występuje. Stosowanie małych dawek w rzadkich odstępach Ch. odrzuca.

Doświadczenia Ch. wykonane na zwierzętach przemawiają za skutecznością leczniczą tuberkuliny. Wyniki leczenia u ludzi nie są świetne. W prawdzie z początkiem stosowania występowało polepszenie, nie doprowadzało jednak nigdy do wyleczenia zupełnego, jeżeli nie zastosowano innego sposobu leczenia. Jednakże Ch. uważa kochinę w chirurgicznych cierpieniach za środek bardzo cenny, który w połączeniu z chirurgicznem leczeniem może skutecznie działać. Niebezpieczeństwa stosowania są zdaniem Ch. przesadzone. (*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 19).

Kartulisa spostrzeżenia zebrane na 21 chorych w Egipcie nasuwają myśl, że środek Kocha w ciepłym klimacie lepszemi może się szczycić wynikami niż w krajach zimnych. Z 21 chorych 5 dotkniętych było gruźlicą płuc, z tych jeden ciężko chory nieznacznego tylko doznał polepszenia, u 4 innych zaś objawy przedmiotowo, przedtem na pewne jako gruźlicze rozpoznane, znikły. Znikły i prątki,

a ciężar ciała się powiększył. W przypadkach gruźlicy gruczołów i kości musiał K. obok wstrzykiwań wkroczyć środkami chirurgicznemi. Ciekawe są spostrzeżenia odnoszące się do 5 przypadków trądu. U wszystkich reakcyja ogólna była znaczna (ciepłota do 39·5°), miejscowa łagodniejsza niż w gruźlicy, zmiany chorobowe miejscowe ustępowały. W jednym przypadku znalazł K. po 20 dniach leczenia o 12 guzków mniej niż przed rozpoczęciem leczenia. Aby się dowiedzieć, czy i w jaki sposób środek Kocha działa na prątki trądu, badał guzki trądowe przed wstrzykiwaniami i po nich, i przekonał się, że podczas gdy w pierwszych preparatach prątki przeważnie znachodziły się w komórkach, po wstrzykiwaniach były wolne.

Podobnie pomyślnych wyników nie skonstatował Doutrelepont w 2 przypadkach trądu. O polepszeniu nie było mowy, owszem w obu przypadkach wystąpiły nowe guzki, których powstanie nie przypisuje jednak D. działaniu środka Kocha. Podczas rozwijania się tych nowych guzków można było w jednym przypadku, który okazywał liczne prątki trądowe w plwocinach, także i wielką ilość tychże we krwi znaleść. (*Wien. klin. Woch.* Nr. 18).

Badaniem wpływu metody Kocha na zachowanie się psychiczne chorych zajął się Herzog. Wpływ ten badał u kobiet, które pod tym względem oddziaływają silniej niż mężczyźni. Pomijając alteracyje psychiczne, które gorączka reakcyjna za sobą pociąga, zauważał H. szereg patologicznych stanów psychicznych, występujących po wstrzykiwaniach niezależnie od ciepłoty. Tu należy: bezsenność, zjawiająca się czasem już po 1—2 mgr., częściéj po 10—20 mg. stany zadrażnienia, uczucie strachu, depresyja tem ważniejsza, że suchotnicy zazwyczaj są pełni nadziei. Zawsze można było wykazać zależność tych stanów psychicznych od injekcyj, po których ustaniu i one znikały. (*Deut. med. Woch.* Nr. 16). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie 16 z dnia 6 grudnia 1890 roku.

Przewodniczący kol. Bylicki. — Obecnych członków 25.

1) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą z oddziału prymaryjusza Krówczyńskiego z *Leukoderma syphliticum univers.* z powodu zajęcia prawie całéj skóry tułowia i kończyn dolnych. Podawszy określenie téj zmiany chorobowéj, będącéj niewątpliwym objawem zakażenia kiłowego, zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze i wspomina o różnych poglądach i o badaniach mikroskopowych. Opierając się na spostrzeżeniach własnych, twierdzi, że istnieje *leukoderma* pierwotne, od razu jako takie występujące, i następowe, powstające po ustąpieniu plam względnie grudek kiłowych.

Kol. Krówczyński dodaje, że *Leukoderma* u kobiet często występuje i jest dla rozpoznania bardzo ważnem; uleczyć się ta zmiana nie daje.

Kol. Krówczyński przedstawia chorą z *myxoedema* ograniczonem tylko do twarzy i przez to rzadkiem. Choroba znana nie dawno, naprzód nazwana charłactwem kretynów, późniéj *myxoedema,* z powodu że w tkankach znajduje się istota śluzakowa. U nas choroba rzadka, najwięcéj we Francyi się pojawia. Ogółem ogłoszonych przypadków nieco więcéj nad sto. Pozostaje ta choroba w nieznanym dotąd związku z gruczołem tarczykowym, występuje bowiem czasami po całkowitem tegoż gruczołu wyłuszczeniu, a zwykle w téj chorobie gruczoł jest albo zmieniony albo zmniejszony. Kończy się śmiercią, gdyż proces ze skóry przechodzi na błonę śluzową języka, gardła itd.

Kol. Prus widział u Charcota kilka przypadków *myxoedema* i podnosi brak ruchomości mięśni twarzy, przez co twarz jest bez wyrazu, daléj ostatnie falangi u palców znikają, przezco palce wyglądają jakby ostatnie ich falangi były odjęte. We Lwowie widział jeden przypadek, który podobny był do *myxoedema,* jednak rozpoznanie nie było pewnem, gdyż chora usunęła się z pod obserwacyi. Wielu zastanawiało się nad przyczyną téj choroby. Kol. Prus pracował u prof. Cybulskiego nad tem i widział, że po wyjęciu gruczołu występują zmiany krwi, jednak to nie wyjaśnia jeszcze charłactwa. Badacze włoscy twierdzili, że trudności oddechowe i brak tlenu są przyczyną, lecz to okazało się nieprawdziwem. U zwierząt po wyjęciu gruczołu całkowitem tylko trzy przypadki znane, że zwierzęta pozostały przy życiu i nie okazywały żadnych objawów chorobowych, inne, które żyły, miały niedostrzeżony przy operacyi gruczoł dodatkowy, lecz te trzy przypadki dowodzą, że gruczoł niezbędnie potrzebnym nie jest; jednakże sam zabieg operacyjny, naruszenie nerwów, tchawicy, naczyń itd. ważniejszą odgrywają rolę i do tego należy odnieść charłactwo a nie do braku lub zmian samego gruczołu.

Kol. Schramm nie zgadza się z zapatrywaniem kol. Prusa, gdyż te trzy przypadki nie mogą być dowodem w obec bardzo wielu wyników przeciwnych; sam widział jeden przypadek *myxoedema* po wyjęciu gruczołu całego u człowieka.

Kol. Barącz widział we Lwowie jeden przypadek *myxoedema* z cechującemi zmianami palców, którego fotografiję na posiedzeniu sekcyi przedstawił.

Kol. Pisek również jeden przypadek widział i podnosi jako ważny objaw znaczne zgrubienie języka.

Kol. Feigel podaje, że Klebs uznaje ścisły związek *myxoedema* i gruczołu tarczykowego. Gruczoł ma mieć zadanie niszczenia istoty śluzowéj w ustroju, więc przy braku jego istota ta nadmiernie się rozwija i w tkankach się osadza.

Kol. Krówczyński dodaje, że zmiany języka, jako późniéj występujące, nie są tak charakterystyczne.

3) Kol. Ziembicki przedstawia dwóch chorych po *sectio alta* z czterech w listopadzie operowanych, jeden po zeszyciu pęcherza zagojony *per primam* w dni dziewięć, drugi bez szycia z przetoką jeszcze nie zagojoną. Pęcherz przecina i szyje w części nieokrytéj otrzewną, używa szwu Lemberta.

Kol. Schramm dodaje, że przy dużych lub kruchych kamieniach lepiéj jest nie szyć, gdyż brzegi rany przez wyciąganie mocno są zadrażnione, w innych przypadkach pęcherz zeszywa i miał zgojenie przez rychłozrost.

4) Kol. Feigel przedstawia następujące przypadki chorobowe w okazach anatomicznych:

a) *Vegetationes globulosae magnitud. nucis juglandis atrii sin. cordis cum centro liquido (sacci purulenti veter. autorum).* U dziewczyny 27 letniéj, która przywieziona do szpitala powszechn. z zakrzepicą w kończynach dolnych w kilkanaście godzin zmarła, sekcyja wykazała w sercu obie zastawki dwukończyste mocno zgrubiałe i ze sobą zrośnięte tak, że w szczycie ich pozostał tylko maleńki otwór, otoczony wałowatemi brzegami, prowadzący do przedsionka, nitki mocno zgrubiałe i skrócone ze sobą pozrastane. *(Insufficientia bicuspid. et stenosis ostii venosi sin.)* W przedsionku lewym napotkano kulę okrągłą zupełnie gładką, blado-żółtawą, zbitą, twardo elastyczną, po rozcięciu któréj widać, iż składa się ona ze ściany około 0·3 ctm. grubéj, z włóknika organizującego się złożonéj i ze środkowéj obszernéj jamy, wypełnionéj cieczą różowawo-białawą, gęstą, z rozłożonéj krwi powstałą. Na ścianach przedsionka lewego znaleziono w jednem miejscu rozległości centa warstwę do 0·2 ctm. grubą żółtawego włóknika, do któréj opisana kula luźnie przylegała, gdyż lekko się w niéj odcisnęła W oczku lewego przedsionka znaleziono drugą podobną kulę włóknikową wielkości orzecha tureckiego, również wewnątrz wypełnioną mętnym różowawo-białawym płynem. Zastawki tętnicy głównéj zgrubiałe, ściany serca przerosłe. W żyłach kończyn dolnych zakrzepica stara. — W nerkach liczne zatory stare i świeższe.

b) Trzy okazy dużych uchyłków pęcherza moczowego *(diverticula vesicae urinariae).* W pierwszym przypadku widać gruczoł przyprątny w obu bocznych płatach powiększony, ściany pęcherza zgrubiałe, włókna mięsne w nich postronkowato krzyżujące się i zgrubiałe, pozostawiające między sobą mnóstwo drobnych płaskich uchyłków. U lewego szczytu widać w pęcherzu otworek średnicy 0·7 ctm. otoczony ścianami grubemi gładkiemi, który prowadzi do ogromnego uchyłku, kształtu kulistego średnicy do 10 ctm., a więc prawie tak rozległego jak sam pęcherz,

ściany uchyłku są zupełnie tak zbudowane i grube jak samego pęcherza. Przypadek ten pochodzi od chorego starszego wiekiem, który zmarł z powodu zapalenia nerek.

Drugi okaz pochodzący również od chorego starszego jest zupełnie podobny do powyż opisanego, tak co do okolicy, z któréj uchyłek wychodzi z pęcherza moczowego, jak co do wielkości i kształtu uchyłka.

Trzeci okaz wreszcie jest prócz tego, że uchyłki są mnogie i bardzo wielkie, i dlatego niezwykłym, iż z powodu położenia rozpoznano uchyłek duży pęcherza już za życia chorego, a obdukcyja rozpoznanie to zupełnie potwierdziła. Przypadek ten dotyczył 60-letniego mężczyzny, przyjętego na oddział chirurg. szpitala powsz. z rozpoznaniem zapalenia i uchyłku pęcherza, zapalenia nerek a być może nowotworu pęcherza. Przy obdukcyi napotkano gruczoł przyprątny w obu bocznych, a głównie w środkowym płacie, w postaci ruchoméj zastawki mocno przerosły; ściany pęcherza mocno przerosłe, zwłaszcza włókna mięsne zamienione w grube belki, pomiędzy któremi widać mnóstwo drobnych płasko zagłębionych uchyłków. U samego szczytu pęcherza widać w ścianach jego otwór okrągły średnicy około 1 ctm. otoczony brzegiem grubym, gładkim, który prowadzi do bardzo rozległego uchyłku, od którego z boku jego lewego odchodzi znowu mały uchyłek. Przednia ściana dużego tego uchyłku jest posokowato rozpadłą, boki jego do ścian brzusznych przyrośnięte, a pomiędzy temiż a uchyłkiem widać rozległy ropień posokowaty, opisanem przyrośnięciem boków uchyłku do ścian brzusznych ograniczony. W środkowéj wysokości pęcherza moczowego odchodzi od niego niewielki uchyłek wielkości jaja kurzego. Z trójkąta Lieutauda wreszcie 20 ctm poza tylnym brzegiem gruczołu przyprątnego występuje duży uchyłek średnicy do 8 ctm. mający a połączony z pęcherzem otworem okrągłym średnicy 1 ctm. otoczonym brzegami gładkiemi i twardemi. Moczowód prawy i lewy otwierają się do pęcherza, są miernie rozszerzone; miedniczki nerkowe zgrubiałe, przekrwione i ze złogami drobnemi czarnego barwika po dawniejszych wybroczynkach, obok świeżych drobnych wybroczynek. W nerkach rozsypane ropnie drobne, często pasmami od piramid ku istocie korowéj ułożone, prócz tego zapalenie ogólne ropne otrzewnej.

Za sekretarza *Dr. Mukowicz.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

O. Bujwid: **Sprawozdanie z ochronnego leczenia wodowstrętu metodą Pasteura w r. 1890.**

Sprawozdanie obejmuje 448 przypadków, które zostały rozgatunkowane na 3 seryje. I tak do 1-éj seryi liczy autor te przypadki, w których wścieklizna zwierzęcia kąsającego została dowiedzioną przez zaszczepienie królika. Do 2-éj należą przypadki, w których sekcyja zwierzęcia stwierdziła wodowstręt; do 3-éj wreszcie seryi należą te przypadki, gdzie choroba zwierzęcia kąsającego rozpoznaną została z objawów, albo gdzie je tylko o wściekliznę podejrzywano. Do téj to ostatniéj seryi należy przeważna liczba pokąsanych, bo aż 339, podczas gdy na seryję 2-gą przypada 77, na 1-szą tylko 32 osób. Najwcześniejsze szczepienia robiono na drugi dzień, najpóźniejsze w 40 dni po ukąszeniu. Do szczepień metodą wzmocnioną używano rdzeni suszonych poczynając od 8-dniowych, a dochodzono do 2-dniowych. W zwykłych przypadkach leczenie trwało 5 dni. Wyniki przedstawiają się wcale zadowalająco, bo wykazują tylko jeden przypadek śmierci. (*Medycyna*, Nr. 10, r. 1891). *Dr. L. Korczyński.*

Załoziecki (Czerniowce): **O wściekliźnie z uwzględnieniem przypadku zaszłego w Sadagórze.**

O strasznym przypadku pokaleczenia 34 osób przez wilka wściekłego w Sadagórze, podaje autor w pięknym swym wykładzie ciekawe szczegóły. Wszyscy, dotknięci strasznym tym przypadkiem, odnieśli rany kąsane na twarzy i szyi, te części bowiem zwykle wściekłe to zwierze obraża; nieliczne obrażenia rąk powstały przy nieustraszonéj obronie kilku nieszczęśliwych. Jeden tylko z uległych smutnemu przypadkowi posiada ranę dartą pazurem zadaną w okolicę oka. Procent ulegających najstraszniejszéj téj chorobie po ranie przez wilka wściekłego zadanéj, jest przerażająco wysokim, bo według Bollingera wynosi 90%. W ostatnim przypadku oddaje się Z. téj błogiéj nadziei, że jad może po tylu po sobie następujących ugryzieniach się wyczerpnął, a że i pomoc szybko udzielona może smutne następstwa odwrócić. Czas zarodowy po ugryzieniach przez wilka znacznie krótszym bywa, a według statystyki Pasteura najdłużéj trwa dni 39. Ciekawym pod względem naukowym okaże się przypadek okaleczenia szponem drapieżca, o ile bowiem obecnie wiadomo, przenośnikiem jadu ma być ślina. Wszystkim nieszczęśliwym wypalono rany żegadłem Paquelina. 25 odesłano do Bukaresztu, celem wykonania szczepień ochronnych Pasteura, ośmiu pozostało w szpitalu w Czerniowcach. W ten sposób można będzie porównać wyniki leczenia szczepiennego ze zwykłem postępowaniem i w tem właśnie leży wielka wartość tragicznego przypadku, podnosząca go do rzędu „*cause celèbre*“ umiejętności. (*Ueber die Wuthkrankheit.* Czernowitz 1891). *Dr. Wachholz.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 maja.

Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 20 b. m. odbytem, Przewodniczący oświadczył, że komitet Towarzystwa uchwalił uprosić na delegata do Londynu na wystawę higijeniczną kol. Doc. Poniklę i że tenże przyjął na siebie ten obowiązek. Prof. Browicz demonstrował przypadek sekcyjny, w którym śledziona znajdowała się w okolicy prawego talerza biodrowego. W dyskusyi zabierali głos koll. prof. Gluziński i Buzdygan. Kol. Sroczyński demonstrował chorego z gruźlicą tęczówki i podał rezultat leczenia metodą Kocha. Kol. Sokołowski demonstrował dwa przypadki liszaja żrącego leczone metodą Kocha. W dyskusyi wzięli udział koll. proff. Rosner, Browicz, Obaliński i kol. Szewczyk. Kol. Stanisław Momidłowski podał daty statystyczne leczenia stenozy tchawicy za pomocą intubacyi a tracheotomii. Dyskusyję odłożono.

* Na posiedzeniu Rady miasta Krakowa, odbytem w dniu 21 b. m., radzca m. prof. Obaliński imieniem komisyi sanitarnéj przedstawił wniosek naglący o wysłanie dyrektora budownictwa miejskiego i fizyka miejskiego Dra Buszka jako delegatów na kongres higijeniczny, odbyć się mający w Londynie w sierpniu r. b. Wniosek ten, pomimo poparcia go ze strony radzców lekarzy, nie uzyskał większości.

Na temże posiedzeniu tenże radzca imieniem komisyi sanitarnéj przedstawił wniosek względem urządzenia w Krakowie stacyi ratunkowéj. Wnioskodawca wykazał potrzebę urządzenia takiéj stacyi dla zdrowia i życia mieszkańców, dodając, że urządzenie można przeprowadzić śród warunków dla gminy dogodnych, albowiem hr. Wilczek, założyciel Tow. ratunkowego we Wiedniu, ofiarował dla stacyi krakowskiéj przybory ratunkowe wartości około 4000 złr., a słuchacze medycyny w Krakowie oświadczyli gotowość popierania zadań stacyi. Na razie gmina poniesie wydatek 300 złr., a dalsze wydatki pokrywać będzie Tow. ratunkowe, które powstanie w Krakowie. Wnioski komisyi sanitarnéj, przez Radę jednomyślnie przyjęte, opiewały: 1) W Krakowie ma być urządzona stacyja ratunkowa; 2) Stacyja ratunkowa umieszczoną będzie w koszarach straży pożarnéj i na ten cel przeznacza się pokój na parterze. dotychczas jako kancelaryja Naczelnika straży używany; 3) Urządzeniem stacyi ratunkowéj zajmie się r. m. Dr. Obaliński; 4) Tymczasowy regulamin stacyi ratunkowéj wydany będzie przez Prezydenta miasta w porozumieniu z r. m. Drem Obalińskim; 5) Na wydatki stacyi ratunkowéj udziela się kredyt w jednorazowej kwocie 300 złr.; 6) Rada miasta przyjmuje przez wiedeńskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe ofiarowane przybory w wartości około 4000 złr. i wyrazi za ten dar podziękowanie; 7) Rada miasta poleca r. m. Drowi Obalińskiemu przedstawienie wniosku o założeniu w Krakowie ochotniczego Towarzystwa ratunkowego.

* Na posiedzeniu komisyi budżetowéj Izby poselskiéj Rady Państwa we Wiedniu po przemówieniach posłów prof. Bilińskiego

i hr. Pinińskiego, p. Minister oświecenia baron Gautsch oświadczył, że Rząd uczyni wszystko, co do niego należy, aby jak najprędzéj przeprowadzić uzupełnienie uniwersytetu lwowskiego przez ustanowienie wydziału lekarskiego, oraz że dotacyja dla lwowskiéj biblijoteki uniwersyteckiéj będzie podwyższoną. Co do dotacyi dla wydziału rolniczego w Uniwersytecie Jagiellońskim oświadcza, że na r. 1890 wstawiono do budżetu na ten cel kwotę 25000 złr., a więc i w budżecie na r. 1891 takaż suma znajdować się musi. Wreszcie co do budowy zakładu fizyjologicznego w Krakowie wspomniał, że jest wniosek, aby w gmachu zakładu patologicznego wybudować na ten cel drugie piętro.

* Wydział gospodarczy VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiadamia szanownych Kolegów, którzy listownie zgłosili się o mieszkania, że w celu uniknięcia zbyt liczněj, a nie niezbędnéj korespondencyi, przesłaną im będzie odpowiedź dopiero w ostatnich paru tygodniach przed Zjazdem, t. j. natychmiast po załatwieniu sprawy kwaterunkowéj. Tylko w razie niemożności zadośćuczynienia warunkom i żądaniom, odpowiedź nastąpi bezzwłocznie.

* Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Do sekcyi medycyny wewnętrznéj zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady: Dr. Arnstein: 1) O biegunce letniéj u dzieci *(cholera infantum)* pod względem etyjologicznym i leczniczym; 2) O naparstnicy i lekach pokrewnych w rozedmie płuc. — Dr. Jende: O znaczeniu gruźlicy w etyjologii chorób nerwowych. — Dr. Zieliński: O opadnięciu jelita poprzecznego.

Nadto Dr. Dunin z Warszawy podjął się referatu na temat „o zakażeniu mięszanem“.

* VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Do sekcyi medycyny teoretycznéj zgłoszono w dalszym ciągu następujące odczyty: 1) Dr. Beck z Krakowa: O środkach odruchowych części lędźwiowéj rdzenia. 2) Kand. med. Jan Zduń z Krakowa: Demonstracyja zakończeń nerwu słuchowego w ślimaku zwierząt ssących.

* Komitet gospodarczy VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uprasza, aby członkowie, zamierzający mieć wykłady w jednéj ze sekcyj Zjazdu, zechcieli zgłosić takowe najdaléj do d. 10 lipca r. b. na ręce przewodniczącego sekcyi odnośnéj.

* Dyrekcyja kolei galicyjskiéj Karola Ludwika przyznała członkom VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zniżkę $33\frac{1}{2}\%$ w ten sposób, że członkowie Zjazdu za okazaniem legitymacyi przez Wydział gospodarczy wystawić się mającéj za biletem 1-éj klasy będą mieli prawo jechać do Krakowa i z powrotem klasą 2-gą, za $\frac{1}{2}$ biletem zaś 1-éj klasy klasą 3-ią pociągów pocztowych i mięszanych; zniżenie to jest ważnem dla jazdy do Krakowa od 12—21 lipca, z powrotem zaś od 16—26 lipca. Każdy kupujący bilet lub $\frac{1}{2}$ biletu obowiązany jest przedłożyć kasyjerowi legitymacyje do odstęplowania a bilet zachować, przedstawić go ponownie do odstęplowania w Krakowie za powrotem, a oddać go dopiero powróciwszy na stacyję, z któréj wyjechał pierwotnie.

* Według urzędowych źródeł angielskich, śmiertelność w wielkich miastach europejskich w r. 1890, obliczona na 1000 mieszkańców, wynosiła: w Stokholmie najmniejsza 19·6, w Londynie 20·3, w Chrystianii 21·1, w Brukseli i Hadze po 21·5, w Berlinie 21·6, w Paryżu 24·5, we Wiedniu 24·6, w Monachijum 30, w Budapeszcie 31·4, w Moskwie 40·3.

* W tygodniu 18-ym (3—9 maja) było w Krakowie małżeństw 33, urodzin 63, skonów 35, z tych z gruźlicy 5, z dławca i błonicy, z krztuśćca i z zap. płuc po 3.

W tygodniu 19-ym (10—16 maja) małżeństw 12, urodzin 56, skonów 55, z tych z gruźlicy 15, z zap. płuc, z nieżytu żołądka i jelit 4.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Kohts ze Strasburga powołany został do Berlina. — **Nancy.** Docenci Schmitt i Barakan mianowani zostali profesorami, pierwszy terapii, ostatni histologii. — **Jena.** Docent Dr. Semon mianowany profesorem nadzw. — **Budapeszt.** Prof. chirurgii Kovács otrzymał tytuł radcy ministeryjalnego. — **Kairo.** Dr. Mahomed effendi Chakir mianowany prof. anatomii. — **Wiedeń.** Docenci Dr. Maks. Kassowitz i Dr. Otokar Chiari mianowani zostali profesorami nadzw., pierwszy pedyjatryi, ostatni laryngo- i rhinoskopii.

* **Nekrologija.** D. 24 b. m. umarł w Krakowie Dr. Salomon Gross, licząc lat 30 zaledwie. Krótki to był a nieszczęśliwy żywot. Ukończywszy przed paru laty studyja w Uniw. Jagiell. i uzyskawszy stopień Dra w. nauk lek. udał się do Wiednia, gdzie pracował w szpitalu Rudolfa głównie pod kierunkiem prof. Weichselbauma, doskonaląc się w anatomi patologicznéj, którą to naukę już w Krakowie podczas studyjów przeważnie umiłował. Powróciwszy do Krakowa wstąpił jako elew do kliniki prof. Rydygiera, a po roku rozpoczął praktykę chirurgiczną samodzielnie. Pomimo wielkich zdolności i odpowiedniego przygotowania nie doznał powodzenia w praktyce, po części z powodu schorzałości i braku powołania do praktyki. Niepowodzenie to oddziaływać musiało szkodliwie na stan jego umysłu, a cierpiąc na melancholiję peryjodyczną, kilkakrotnie śród napadów targał się na własne życie, kilka razy bezskutecznie, aż wreszcie śród ponownego napadu rana postrzałowa, własną ręką zadana, położyła kres życiu krótkiemu, pracowitemu, ale znękanemu cierpieniem. Śmierć jego wywołała głębokie wrażenie u kolegów i bliższych znajomych, którzy, jakkolwiek nieboszczyk nie umiał skarbić sobie sympatyi, jednak nie odmawiali mu uznania z powodu pracowitości i zdolności, które, jak się zdawało, rokowały mu lepszą przyszłość: żal ich zaś stał się tym większym, o ile, prócz kilku lekarzy starszych, nikt nie wiedział o jego cierpieniu umysłowem, które starannie taił, a które zapewne tłomaczyłoby zachowanie się jego, czasem uderzające, oraz usposobienie jego ponure. Jeżeli miał za życia nieprzychylnych sobie, to śmierć jego traiczna, oraz wiadomość o jego chorobie, i kilkakrotnie usiłowanem samobójstwie, snać przejednały wszystkich, jak tego dowiodły tłumy kolegów i znajomych, które pospieszyły, aby oddać mu cześć ostatnią. Nad grobem otwartym przemówili ciepło i serdecznie prof. Gluziński, Prezes Tow. lek. krakowskiego w imieniu tego Towarzystwa, oraz asystent Dr. Sroczyński w imieniu bliższych kolegów, a wreszcie publicysta p. Feldmann. — Niechaj ziemia będzie lekką biednemu człowiekowi, który za życia spokoju nie znalazł!

* **Wiadomości z Rosyi.** Dr. Krasowski, akuszer przyboczny Dworu w Petersburgu, otrzymał order św. Aleksandra Newskiego. — Dr. Zalkind wydał ciekawą rozprawę doktorską p. t.: „Próba lekarsko-typograficznego opisu m. Wilna“. 1891. *Dr. J. T.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne we Środę dnia 3 czerwca b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w sali wykładowéj prof. Łazarskiego (ul. św. Anny, *Collegium physicum*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Browicz: Demonstracyja preparatów anatomo-patologicznych; 2) Dyskusyja nad wykładem kol. Momidłowskiego: O intubacyi krtani; 3) kol. Cercha: Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu (wyzdrowienie).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. G. w B. Dziękujemy za przesyłki nieopłacane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 6 Czerwca 1891. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do kwestyi wyrośli adenoidalnych. Wyrośle adenoidalne u głuchoniemych.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego w dniu 21/IV 1891 r.)

Podał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryjum dla chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu ewangielickim w Warszawie.

Najważniejszem bez zaprzeczenia cierpieniem jamy nosogardzielowéj jest przerost gruczołu Luschki, co inaczéj nazywamy cierpieniem adenoidalnem migdałka gardzielowego, wyroślami adenoidalnemi, *Rachenadenome* (Jurasz), *tumores adenoidei, hypertrophia tonsillae pharyngeae* i t. d.

Literatura specyjalna zagraniczna przepełniona jest w ostatnich latach pracami tego cierpienia dotyczącemi. I nic dziwnego, gdyż cierpienie to odgrywa w patologii nosa, gardziela i uszu, a nawet i w patologii całego ustroju ogromną rolę. Bardzo wiele chorób odnośnych organów możemy wyleczyć radykalnie po usunięciu przyczyny tych chorób, t. j. wyrośli adenoidalnych.

Nie będę tu powtarzał wszystkich szczegółów kwestyi téj dotyczących, gdyż pisałem o nich w „Gazecie Lekarskiéj“ w r. 1889 r., przytoczę tu tylko rzeczy najważniejsze dla przypomnienia ich szanownym Panom i przejdę do tematu, którym dziś uwagę Ich zająć pragnę.

W błonie śluzowéj gardziela znajdujemy dwojakiego rodzaju gruczoły: złożone gruczoły śluzowe i elementarne gruczoły limfatyczne. Te właśnie ostatnie zlewają się na stropie gardziela w jednolity pokład tkanki limfatycznéj, rozciągający się od tylnych nozdrzy nosa na tylną ścianę jamy nosogardzielowéj, prawie aż do wysokości podstawy podniebienia względnie do brzegu otworu potylicowego wielkiego. Daléj tkanka ta wyściela i ściany boczne jamki Rosenmüllera i dochodzi do otworów Eustachijusza, tworząc tam *tonsillam tubalem* Gerlacha. Tkanka limfatyczna przylega mocno do warstwy włóknistéj stropu gardziela, t. j. do *fibrocartilago basilaris*, w niéj znajdujemy bardzo dużo gruczołów śluzowych złożonych. Masa ta jest w bardzo ścisłym związku z błoną śluzową, gdyż tkanka téj ostatniéj łączy się nieprzerwanie z siatką tkanki łącznéj; pierwszy Luschka nazwał ją migdałkiem gardzielowym (*tonsilla pharyngea*), dokładnie ją zbadał i opisał i ztąd gruczoł ten nosi jego nazwisko. Największa prawidłowa grubość téj masy wynosi 6 do 8 mm. na sklepieniu gardziela. Budowa jéj jest zupełnie podobną do budowy tkanki gruczołów chłonnych. Jestto siatka, składająca się z bardzo cienkich, przejrzystych włókienek, na połączeniu których widać miejscami owalne jądra. Oka téj siatki wypełniane są nader licznemi komórkami limfoidalnemi. Rozrost téj właśnie tkanki daje twory, które nazywamy wyroślami adenoidalnemi. Od wielkości i umiejscowienia ich zależą objawy, które one wywołują.

Niekiedy są one tak duże, że wypełniają sobą całą jamę nosogardzielową i widać je już po uniesieniu języczka ku górze.

Umiejscowienie ich w jamie nosogardzielowéj bywa różne, jużto wyrastają przeważnie ze stropu, jużto z tylnéj ściany, jużto wreszcie ze ścian bocznych. O formie tych tworów widzianéj w lusterku i częstości umiejscowienia powiem późniéj.

Najczęściéj mamy do czynienia z tem cierpieniem u dzieci, gdyż u dorosłych twory te w większości przypadków znikają i przy powiększaniu się jamy nosogardzielowéj stanowią stosunkowo małą w niéj przeszkodę. Ślady ich jednak zawsze wykryć można bądź w postaci zgrubienia błony śluzowéj w mniejszym lub większym stopniu, bądź też w postaci bardzo przewlekłych i uporczywych nieżytów nosa, uszu i gardziela, będących rezultatem długiego trwania wyrośli. Bywają jednak przypadki, że i u dorosłych znajdujemy przerost migdałka gardzielowego w stopniu wymagającym usunięcia go na drodze chirurgicznéj. Na 80 przypad-

ków, które operowałem, było 15 powyżéj ośmnastego roku życia.

Objawy tego cierpienia są bardzo charakterystyczne, zwłaszcza przy większym stopniu wzrostu.

Przedewszystkiem skarżą się chorzy tacy na trudność oddechania nosem, na chrapanie we śnie i sen niespokojny, przerywany często napadami zaduszenia, na suchość w gardle z powodu sypiania z otwartemi ustami, na bóle gardła, katary nosa, chrząkanie, sapanie i t. p. Mowa ich bezdźwięczna, monotonna, „przez nos“, t. zw. *todte Sprache* Mayera. Wyraz twarzy głupowaty z powodu otwartych wciąż ust, szczęka dolna obwisła i wysunięta ku przodowi, warga górna zgrubiała, twarz wydłużona, policzki płaskie, nos wąski, cera blada. Taki jest mniéj lub więcéj obraz.

Od stopnia rozrostu zależą mniéj lub więcéj wydatne objawy. Typy identyczne z powyżéj przytoczonym zdarzają się dosyć rzadko, w każdym jednak przypadku wyrośli adenoidalnych spotykamy pewną grupę objawów, o których wspominałem. Najczęściéj przyprowadzają dziecko do lekarza, gdyż miewa nieustanne katary nosa, lub często zapada na bóle gardła i wtedy po bliższem zbadaniu dowiadujemy się, że ono i sapie i chrapie i chrząka i t. p.

Cierpieniu temu towarzyszy zwykle nieżyt nosa i uszu, granulacyje w gardzielu (których wypalanie wtedy nie ma żadnéj racyi) i przerost migdałków, uważany często przez lekarzy za główną przyczynę całego niezdrowia. Tymczasem o ile usunięcie wyrośli samo przez się wpływa na zmniejszenie migdałów i poprawę ogólnego stanu, samo wycięcie migdałów przy istniejących wyroślach żadnego nie wywiera wpływu na ich zmniejszenie. Jest to fakt często stwierdzany przez nas. Bywa bez wątpienia przerost migdałów bez wyrośli adenoidalnych. Obserwowano również, że po wycięciu migdałów (przy istniejących wyroślach) kikuty ich znacznie się z czasem powiększały.

Wielu autorów zgadza się na to, że fałszywy krup bywa najczęściéj u dzieci mających wyrośle, ja sam ani potwierdzić, ani przeczyć temu nie mogę.

Jednym z objawów tego cierpienia bywają obfite krwotoki z nosa, które ustępują po usunięciu wyrośli. Skonstatowałem to w trzech przypadkach. Przytoczę tu jeden jako dokładniéj zanotowany.

Chaja D., lat 14, przysłana mi przez Dra Janouska z Żyrardowa. *Epistaxis* od lat 4 zawsze z prawéj dziurki. W nocy usta otwarte, chrapanie. W nosie nieżyt przewlekły, żadnéj jednak przyczyny krwawienia nie widać. Cała tylna ściana jamy nosogardzielowéj wysłana grubą warstwą wyrośli. *Tubae Eustachii* leżą wciśnięte w wyrośle jak w poduszki. Migdały oba powiększone. W lekkiéj narkozie *tonsillotomia duplex et excisio vegetationum.* Widziałem chorą w pół roku po operacyi, ani razu nie było krwawienia z nosa, błona śluzowa nosa mniéj czerwona i pulchna niż poprzednio.

Fakt ten nie ulega dla mnie najmniejszéj wątpliwości, choć, o ile mi wiadomo, nikt jeszcze dotąd nie zwrócił na niego uwagi; obserwujmy go więc ściśle daléj, a być może przyjdziemy do wniosku, że nie jest on zbyt rzadkim i że widoczne dla nas przyczyny *epistaxis (excoriationes septi* i t. d.) nie są wyłącznemi, lecz istnieją głębsze powody.

Zwrócę tu również uwagę na niektóre krwioplucia bez zmian w płucach, bez kaszlu u ludzi zdrowych, nabawiające ich jednak wielkiego strachu naprożno, gdyż pochodzą one tylko z jamy nosogardzielowéj, co mi się udawało niejednokrotnie stwierdzić za pomocą rinoskopii tylnéj. Odnośny przypadek opisał już kiedyś w „Gazecie Lekarskiéj“ Dr. Aleksa.

Istnienie wyrośli, a co za tem idzie, niefizyjologiczne oddechanie przez usta wywołuje cały szereg objawów następczych: częste zapalenie gardziela, krtani, oskrzeli, upośledzony rozwój klatki piersiowéj (gra tu ważną rolę i *rachitis*) i ogólnego odżywiania.

Wspomnę tu jeszcze o ważnym objawie, na który zwrócił uwagę prof. Guye z Amsterdamu, o t. zw. *aprosexia*, która charakteryzuje się niezdolnością zwrócenia uwagi na dany przedmiot. Należy zwracać baczną uwagę na oddech dzieci, zwłaszcza niezdolnych, często bowiem po usunięciu przyczyn niefizyjologicznego oddechania dzieci takie stają się zdolnemi do nauk. Kafeman z Królewca ogłosił w roku zeszłym pracę: *„Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen- und Rachenraumes an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Tonsilla pharyngea und der Aprosexia nasalis“*, w któréj zwrócił uwagę na dzieci mniéj zdolne i zawsze prawie znajdował u tychże zmiany przeszkadzające w normalnem oddechaniu. Nawołuje on lekarzy i nauczycieli, aby zawsze pamiętali o tym objawie i wpływali na rodziców w kierunku leczenia takich dzieci.

Co się tyczy rozpoznawania tego cierpienia, to w zasadzie jedyny racyjonalny sposób jest *rhinoscopia posterior*. Ale to tylko w zasadzie; w praktyce zaś daleko większe zastosowanie znajdzie badanie jamy nosogardzielowéj palcem, naturalnie dokładnie wymytym szczotką, mydłem, wodą, sublimatem i t. d., aby nie mieć po takiem zbadaniu objawów septycznych, jak to się zdarzyło jednemu ze słynnych lekarzy petersburgskich. Wszelkiego rodzaju badania chorych o tyle wyżéj stoją, o tyle są pożyteczniejsze i praktyczniejsze, o ile są dostępne dla wszystkich lekarzy i mniéj wymagają przyrządów i zachodu. Badanie palcem jamy nosogardzielowéj wykonać może każdy lekarz i od razu zdać sobie sprawę, czy jama ta jest wolna, czy tam jest coś nieprawidłowego. Zapewne, że przed wykonaniem operacyi (którą będzie wykonywał ten, co to umie), trzeba się dokładniéj przekonać, z czem mamy do czynienia za pomocą lusterka, o ile je zastosować można. Są bowiem pacyjenci, a zwłaszcza mali, tak krztuśliwi, że lusterka absolutnie znieść nie mogą, a nawet włożyć go nie pozwolą, lub co też często bywa, przy przeroście migdałka gardzielowego podniebienie miękkie tak mało jest od tylnéj ściany odsuniętem, że pomimo wszystkiego za mało jest światła dla dokładnego obejrzenia téj jamy. Wtedy uciekamy się do badania palcem. Najlepiéj zrobić to w ten sposób: stanąć z tyłu chorego, objąć lewą ręką głowę i wskazujący lewy palec wcisnąć lekko wraz z kątem policzkowym między zęby, prawy zaś wskazujący palec wprowadzić pod języczkiem do jamy nosogardzielowéj. W téj pozycyi dziecko ust nie zamknie i palca nie pogryzie i stają się zbytecznemi wszelkie sztuczne w tym celu używane ochrony metaliczne.

Wskazania do usunięcia wyrośli adenoidalnych są bardzo różnorodne i zależą od objawów i powikłań przez nie wywołanych.

Na pierwszem miejscu stoją zaburzenia w oddechaniu, t. j. gdy chory z powodu mechanicznéj przeszkody nie oddecha nosem lecz ustami. Zaburzenia te bywają mniejsze i większe i sprowadzają niekiedy zupełne zatkanie nosa, częściéj jednak wywołują tylko sapanie, chrapanie i t. d., co zwykle stoi w prostym stosunku do wielkości wyrośli. Daléj

idą zaburzenia ze strony uszu, najczęściéj zapalenie ucha średniego nieżytowe lub ropne. Przy tego rodzaju zaburzeniach należy zawsze operować przerost gruczołu Luschki, nie bacząc na jego rozmiary, inaczéj bowiem nieżyt ucha średniego nie da się radykalnie usunąć. Na 39 przypadków przewlekłego ropienia uszu, jakie spostrzegałem w mojem ambulatoryjum w ciągu r. z., 10 razy znalazłem wyrośle. Sądzę, że lekarze chorób usznych muszą niezwykle często fakt ten spostrzegać.

Uważam również za wskazaną zawsze operacyję tę przy nerwicach zwrotnych: kaszel nerwowy, astma, newralgije, nagle powstające i szybko przemijające obrzmienia muszel nosowych i t. d. Daléj uporczywe i często powtarzace się krwotoki nosa i krwioplucia, o których wyżéj mówiłem, jak również uporczywe katary nosa i gardziela.

Miałem w praktyce wiele przypadków, w których zmuszony byłem operować bardzo nawet małe wyrośle i potem dopiero, przy zastosowaniu zwykłych środków ustępowały łatwo uporczywe nieżyty, opierające się poprzednio latami całemi leczeniu. Przyszedłem również do wniosku, że jak tylko jest wskazanie do przypalania muszel nosowych, nigdy nie należy tego czynić przed usunięciem istniejących współcześnie wyrośli, choćby te były najmniejszych rozmiarów, gdyż one są w tych przypadkach przyczyną podtrzymującą obrzmienie muszel, które raz przypalone powrócą szybko do pierwotnego stanu. W oczach zaś pacyjenta napróżno zdyskredytujemy tak dzielny rękoczyn (o ile jest umiejętnie zastosowanym) jak przypalanie błony śluzowéj nosa.

Wszystkich wskazań do téj operacyi nie podobna ująć w ścisłą osobną formułę, lecz w każdym oddzielnym przypadku należy się oddzielnie oryjentować. To pewna, że nie zawsze rozmiary wyrośli stoją w prostym stosunku do konieczności operowania, zależy to od ich formy, lokalizacyi i objawów. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Równoczesne wycięcie tętnicy i żyły udowéj powyżéj odejścia gałązek głębokich — wyzdrowienie.

Wykład wygłoszony w krak. Tow. lek. dnia 4 marca 1891.

Podał

Dr. Wiktor Idziński,

c. i k. lekarz starszy, operator w tejże klinice.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Przeglądając zaś szczegółowo każdy z wyliczonych i szczegółowo opisanych przypadków B r a u n a, widzimy, że podwiązanie saméj tętnicy w bardzo wielu przypadkach nie wystarczało. Albowiem jeżeliśmy mieli skaleczoną żyłę i krwotok został przez podwiązanie tętnicy chwilowo zatamowany, to pomimo tego powstawały wkrótce krwotoki następcze żylne bądź z końca żyły dośrodkowego, gdy n. p. wśród kaszlu parcie brzuszne wzmogło się i krew została wypchniętą z żył brzusznych do żyły udowéj [1]), bądź z końca żyły obwodowego, gdy skutkiem wytworzenia się krążenia tętniczego obocznego, żyła w części obwodowéj wypełniła się znowu krwią. Przypadki takie spostrzegali B u s c h, S c h i n z i n g e r i sam L a n g e n b e c k.

[1]) *Ueber Stichwunden der Oberschenkelgefässe. R. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge,* Nr. 92, 1874.

I doświadczenia anatomiczne, zdaniem B r a u n a, nie mają takiego znaczenia pod względem klinicznym, jakby się to pozornie wydawało, a w każdym razie mogą przemawiać one nie za, ale przeciw postępowaniu G e n s o u l a - L a n g e n b e c k a. Gdyż jeżeli zastawki żylne są przeszkodą do wytworzenia się krążenia żylnego obocznego i jeżeli do sprowadzenia niedomykalności tychże potrzeba znaczniejszego parcia żylnego, to parcie to otrzymamy łatwiejszym sposobem, jeżeli podwiążemy żyłę tylko, a nie podwiążemy odpowiedniéj tętnicy. Wówczas parcie żylne poniżej podwiązki podniesie się do parcia tętniczego i jako takie pokona z łatwością opór zastawek, zwłaszcza jeżeli ułożymy jeszcze kończynę prostopadle.

Zresztą doświadczenie kliniczne poucza, że w żywym ustroju dzieje się trochę inaczéj niż podczas doświadczeń na zwłokach. Liczne przypadki zakrzepicy, nietylko żyły udowéj, ale nawet żył brzusznych, pouczają nas, że nie zawsze przychodzi do zgorzeli kończyn dolnych. Podobnie dzieje się i w chorobie zwanéj w położnictwie *phlegmasia alba dolens.* Zestawiając to wszystko, doradza B r a u n następującego postępowania. Jeżeli jest nieznaczne, boczne skaleczenie żyły, należy próbować z początku tamponować i przez ucisk zatamować krwotok. Jeżeli rana jest poprzeczną, należy ułożyć kończynę prostopadle, jeżeli podłużną, to poziomo. Jeżeli to nie pomaga, należy próbować szwu żylnego, bocznego, a jeżeli rana jest dosyć znaczną i powyższe postępowania okażą się bezskutecznemi, należy bez wahania podwiązać w dwu miejscach żyłę i część między podwiązkami wyciąć. Kończynę należy późniéj ułożyć prostopadle, na co szczególnie B e r g m a n n kładzie nacisk, a to w tym celu, aby wzmocnić jeszcze więcéj parcie żylne, mogące wówczas o wiele łatwiéj wytworzyć krążenie oboczne.

Smutnych następstw, jakie R o u x i L i n h a r d t opisywali, nie należy obawiać się dzisiaj, gdyż kto wie, czy smutnego zejścia ich chorych nie należy przypisywać raczéj postępowaniu nieantiseptycznemu, niż samemu podwiązaniu.

Potwierdzenie zapatrywań B r a u n a, znajdujemy w późniejszych ogłoszeniach S z u l e r a [1]), K r a u s s a [2]), M a u b r a c a [3]), K o r e t z k y e g o [4]) i Z e i d l e r a [5]).

Tyle co do podwiązania saméj żyły udowéj.

Co się zaś tyczy równoczesnego podwiązania tętnicy i żyły udowéj to już wyżéj umieszczone zestawienie B r a u n a poucza nas, że podwiązania tego można czasem dokonać z korzyścią dla chorego, i że skaleczenie równoczesne obu tych naczyń nie musi być natychmiastowem wskazaniem do amputacyi uda, jak to dawniéj N é l a t o n, G ü n t h e r i S t r o m e y e r sądzili, i że jeżeli istotnie zmuszeni jesteśmy oba te naczynia podwiązać, to lepiéj wpierw to uczynić, gdyż do ewentualnéj amputacyi będziemy mieli zawsze jeszcze dosyć czasu.

Według nowszéj statystyki dokonano równoczesnego podwiązania obu tych naczyń 50 razy, z tych w 24 razach przyszło do zgorzeli, co się równa 48%. Przypadki te dzielą się na 19 podwiązań wśród wycinania nowotworów, a po-

[1]) *Die Unterbindung der Vena femoralis communis. Inaugur. Dissert.* Würzburg 1885. — [2]) *Die isolirte Unterbindung der Vena femoralis communis. Inaug. Dissert.* Berlin 1885. — [3]) *Archivs générales de médecine* 1889. *Janvier et Février.* — [4]) *Archiv f. klinische Chirurgie.* 1887, H. 3. — [5]) *Zur Unterbindung der Arteria et vena femoralis. Berl. klin. Wochenschrift,* 1890, Nr. 39.

między temi było 9 przyp. zgorzeli = 47·36% i 6 podwiązań po skaleczeniu przypadkowem, a pomiędzy temi były 3 przyp. zgorzeli = 50%. W 25 innych przypadkach nastąpiło podwiązanie skutkiem innych przyczyn.

Nasz przypadek należy do szczególnych. Chory Ż. M., lat 37, z Dąbrowy pod Tarnowem, zgłosił się dnia 7 listopada 1890 do kliniki chirurgicznéj z cierpieniem prącia trwającem od 3 miesięcy. W okolicy więzadełka widoczną była narośl kalafiorowata, twarda, niebolesna, wielkości jaja gołębiego, ściśle z miąższem prącia zrośnięta, w środku kraterowato owrzodziała, a dno wrzodu nierówne, jakby licznemi bruzdami poorane. W obu pachwinach całe pakiety gruczołów różnéj wielkości od grochu do jaja gołębiego, twarde, niebolesne. Rozpoznano raka prącia i gruczołów chłonnych pachwinowych.

Dnia 10 listopada amputowano prącie metodą dwuczasową, poczem zapomocą cięć podłużnych wycięto z obu pachwin pakiety gruczołów chłonnych. Oddzielenie tychże zasługuje o tyle na uwagę, że były one umieszczone naokoło pni naczyniowych, i trzeba było podczas wycinania gruczołów odpreparować dokładnie tętnicę i żyłę udową. Po wycięciu gruczołów zaszyto ranę, poczem zgojenie rany nastąpiło przez rychłozrost w ciągu 10 dni i chory opuścił klinikę w dwa tygodnie po operacyi. Niebawem jednak zgłasza się w 2 miesiące późniéj dnia 2 lutego 1891 r. w stanie następującym:

Kikut prącia i blizna w pachwinie prawéj nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Natomiast w pachwinie lewéj w środku blizny znajduje się guz wielkości jaja kurzego, twardy, niebolesny, ściśle z blizną zrośnięty, na górnéj swéj powierzchni owrzodziały. Mieliśmy niewątpliwie z recydywą raka w bliźnie pooperacyjnéj do czynienia. Celem usunięcia nowotworu wraz z blizną poprowadził prof. Rydygier dnia 5 lutego dwa cięcia eliptyczne naokoło blizny i starał się ją wyciąć. W miarę jednak, jak zapuszczał się w głąb, okazywało się, że naciek rakowaty sięgał bardzo głęboko i że całkowicie obejmował naczynia udowe. Nie pozostało nic innego jak albo wyciąć cały guz wraz z naczyniami, lub niedokończyć operacyi i zostawić chorego własnemu losowi. Prof. Rydygier chwycił się pierwszego kroku i podwiązawszy tętnicę i żyłę udową, w miejscu znajdującem się właśnie tuż ponad odejściem gałązek głębokich, wyciął oba te naczynia w długości 3 ctm. wraz z otaczającym je guzem, poczem ranę skórną zaszyto i ułożono kończynę dolną lewą wysoko na równi pochyłéj.

Operacyi téj dokonano o godzinie 12-éj w południe, a wieczorem przedstawiał się stan następujący. Kończyna dolna lewa znacznie bledsza niż prawa, zimniejsza od niéj, lekko około kostek obrzękła, tętno tętnicy grzbietowéj stopy lewej wyczuwalne, ale znacznie słabiéj niż po stronie prawéj. Kończynę całą owinięto w watę od palców aż do pachwiny i ułożono podobnie jak po operacyi.

Dnia następnego rano stan o wiele lepszy. Obie kończyny jednako zabarwione, jednako ciepłe, obrzęku nigdzie zauważyć nie można, tętno tylko po stronie lewéj słabsze, niż po stronie prawej. Stan ten od dnia tego utrzymywał się pomyślnie i nadal, a dzisiaj mogę przedstawić Panom chorego, jako zupełnie wyleczonego. Tętno tylko po stronie lewéj jest znacznie słabsze niż po stronie prawéj. Ze równoczesne podwiązanie i wycięcie tętnicy i żyły udowéj powyżéj odejścia gałązek głębokich skończyło się u naszego chorego dobrym wynikiem pomimo 48-procentowéj śmiertelności w tym kierunku, należy zdaniem mojem przypisać téj szczęśliwéj okoliczności, że chory był w tem samem miejscu dwa razy operowany. Podczas pierwszéj operacyi, jak to wyżéj opisałem, dnia 10 listopada 1890 r., musiano celem doszczętnego usunięcia gruczołów odpreparować główne pnie naczyniowe. Pnie te ulegały następnie powolnemu uciskowi wywołanemu bądź przez zbliznowacenie całéj okolicy naczyń, bądź też przez powolny rozrost recydywującego nowotworu, wśród którego znaleziono późniéj naczynia jakby nim obmurowane. Otóż ten powolny ucisk otoczenia na naczynia sprawił, że już zawczasu zaczęło wytwarzać się krążenie oboczne i to do tego stopnia, że gdy podczas powtórnéj operacyi przerwano krążenie główne, wówczas krążenie oboczne przygotowane niejako przez operacyję pierwszą i przez powolny wzrost nowotworu mogło z łatwością objąć całe zadanie odżywienia kończyny. Że przypuszczenie to jest prawdopodobnem, za tem może przemawiać i wyżéj przytoczona statystyka, wedle któréj równoczesne podwiązanie tych naczyń wśród wycinania guzów o wiele lepsze dawało wyniki, niż gdy należało wykonać zabieg ten nagle, t. j. wśród prawidłowego przedtem krążenia, n. p. po przypadkowem zranieniu tych naczyń.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

A. Macfadyen, M. Nencki i M. Sieber: **O sprawach chemicznych w jelicie cienkiem człowieka.**

Na podstawie spostrzeżeń, doświadczeń i rozbiorów treści pochodzącéj z jelit cienkich u choréj z przetoką kałową po operacyi uwięźniętéj przepukliny, dochodzą autorowie do następujących wniosków:

1) Ilość treści dostającéj się z jelit cienkich do grubych zależy przy równych zresztą warunkach od zbitości jej, a przelewanie odbywa się stale i jednostajnie.

2) Czas potrzebny, aby treść po spożyciu pokarmu dostała się do jelit grubych, nie jest stały, a najwcześniéj dzieje się to w 2 godziny po dostaniu się pożywienia do żołądka.

3) Treść z jelit cienkich oddziaływa kwaśno, co pochodzi od obecności kwasu octowego, którego jest tem więcéj, im więcéj znajduje się części płynnych w treści.

4) W skład treści wchodzą: białko surowicze w ilości mniejszéj niż 1%, pepton, mucyna, cukier, dekstryna, alkohol etylowy, kwas octowy w znaczniejszéj ilości, a prócz tego małe ilości kwasu paramasło ego, mlekowego i kwasów żółciowych. Maksymalna ilość cukru wynosiła w danym przypadku 4·75%, a w parze z nią maksymum kwasoty 0·207%. Kwaśne oddziaływanie treści ma doniosłe znaczenie, powstrzymuje bowiem rozwój bakteryj, które w korzystnych warunkach rozmnażając się bardzo szybko, wywoływałyby rozkład istot białkowatych, jak to się dzieje w jelitach grubych, których treść oddziaływa alkalicznie.

5) Dalsze badania treści w kierunku bakteryjologicznym wykazywały pewne bakteryje stale się znajdujące obok innych, których nie zawsze można było widzieć; zauważono następnie, że ilość bakteryj pewnego gatunku nie jest zawsze jednaka, co zależy od jakości pokarmu i od czasu, jaki upłynął od chwili spożycia tegoż.

Bakteryje, które stale znajdowano, badano daléj dokładnie tak pod względem morfotycznym, jako też co do ich wpływu na pojedyncze rodzaje pokarmów. Należy tu siedm gatunków, jużto prątków już też koków. Działają one wszystkie wyłącznie prawie tylko na węglowodany, wytwarzając z nich alkohol etylowy i kwasy organiczne, znajdowane w treści z jelit cienkich, podczas gdy na białko żadnego nie wywierają wpływu, nie znaleziono nigdy w treści produktów rozkładowych tegoż, zachowują się więc pod tym względem odmiennie od bakteryj z jelit grubych, które wywołując rozkład istot białkowatych są przyczyną niemiłéj woni treści z jelit grubych pochodzącéj.

6) W popiele spalonéj treści znaleziono ilość kwasów mniejszą znacznie niż zasad, a przeważają znów w solach połączenia zasad z kwasami organicznemi.

7) Ważny wpływ na trawienie przypisują autorowie obecności alkaliów w soku wydzielanym przez błonę śluzową jelit, te bowiem zobojętniają nadmiar wytworzonych kwasów, których obecność w znacznéj mierze niekorzystny wpływ na trawienie wywrzeć by musiała.

8) Że pomimo obecności kwasów bakteryje żyć w jelitach mogą, przypisują autorowie najpierw pewnéj odporności tychże, jakto z licznych doświadczeń wynika, a daléj jeszcze i téj okoliczności, że kwasota treści nie jest wszędzie jednako

wysoka i tak treść w jelitach cienkich przylegająca bezpośrednio do błony śluzowéj nawet alkalicznie oddziaływać może, a tem samem bakteryje znajdują się tam w dogodniejszych warunkach do życia i rozwoju potrzebnych.

9) Wreszcie zbijają autorowie twierdzenie Pasteura, jakoby trawienie było niemożebnem bez obecności bakteryj. Z doświadczeń ich bowiem wynika, że wpływ bakteryj w jelicie cienkiem ogranicza się tylko do węglowodanów, a mimo to chora trawiąc bez współdziałania jelit grubych, gdzie się dopiero rozkład białka odbywa, żyła i odżywienie jéj znakomicie się podnosiło. (*Archiv. f. exp. Pathologie und Pharmakologie*, T. 28, 1891). *Dr. L. Korczyński.*

Choroby wewnętrzne.

Dr. Dunin: O nawykowem zaparciu stolca, jego przyczynach i leczeniu.

W szeregu oryginalnych prac, jakie dotąd wyszły z zakresu medycyny wewnętrznéj w warszawskich odczytach klinicznych, bez zaprzeczenia przedmiot poruszony przez Dr. Dunina należy do najbardziéj interesujących, zwłaszcza mając na uwadze stanowisko autora, które daje rękojmię klinicznego opracowania przedmiotu i gruntownego wyczerpania kwestyi. O ile co do tego ostatniego nikt nie dozna zawodu, to jednak pod względem konkluzyi co do przyczyn wywołujących nawykowe zaparcie stolca i szkodliwości tego stanu z autorem zgodzić się nie można. O ile z jednéj strony błędne jest przekonanie, jak słusznie podnosi Dr. D., żeby zaparcie stolca było źródłem wielu ciężkich chorób (str. 2), tak z drugiéj strony nie godziłbym się na zapatrywania autora, że zaparcie stolca n i e m o ż e b y ć powodem pewnych chorobowych objawów, o jakich wspomina Feyat: uderzenia do głowy, migreny, bezsenności, braku apetytu, hypochondryi i t. p. dolegliwości, które może powstają drogą odruchu, obok znowu zmian ważniejszych, jak zapalenie kiszki ślepéj, zboczenia w położeniu macicy, ucisk na nerwy, o czem każdy z nas nietylko w klinice miał się sposobność przekonać, ale i w praktyce prywatnéj u osób z inteligencyi, u których po zastosowaniu środka przeczyszczającego objawy te mijały, a powracały na nowo ilekroć tworzyły się znaczne zaległości w kiszkach. Również nie mogę zgodzić się na zdanie autora, żeby *typhlitis stercoralis*, następowa *perityphlitis* j e d y n i e pochodziła od cierpienia wyrostka robaczkowego, bo i obserwacyja kliniczna często temu przeczy i sekcyje nieraz tego nie wykazują, a gdyby i tak nawet było, to nie da się zaprzeczyć, że właśnie cierpienie wyrostka robaczkowego najczęściéj zdarza się u osób, które podlegają przewlekłemu zaparciu stolca. Że pewna dama nerwowa miewała stolec raz lub dwa na miesiąc bez żadnych objawów, jak autor podaje, dziwnem mi się wydaje, bo już proste zesechanie kału, o czem na str. 9 wspomina Dr. D. i nagromadzenie się kału z dni 15 czy 20 nie może być obojętnem dla kiszek, wśród których krążenie musi uledz niekorzystnym zmianom. Zresztą Dr. D. przyznaje (str. 9 ustęp drugi), że długie przebywanie kału może jedynie wskutek swéj obecności wywołać rozwolnienie z napieraniami dysenterycznemi, trudno więc zrozumieć, żeby osoby z kałem zalegającym po dni 15, nie skarżyły się na żadne objawy. Nothnagel także twierdzi, że kał zalegający w kiszkach drażni błonę śluzową i ztąd pochodzi większa ilość śluzu wydzielająca się wraz z kałem. O wessaniu gnilnych produktów trawienia, ptomainów, jak chce Nothnagel i Feyat, możnaby się jeszcze spierać, zwłaszcza kiedy kał jest zbity i suchy, jednak wiadomem jest, że chorzy mający habitualne zaparcie właśnie od czasu do czasu miewają naprzemian rozwolnienie z długotrwałem zaparciem.

Szukanie jedynéj przyczyny obstypacyi w nerwowości zakrawa trochę na przesadę, bo codzienne doświadczenie znajduje nieraz inne przyczyny, niezależne od nerwów, po usunięciu których i zaparcie mija. Czy to ruch odpowiedni, czy też odpowiednie pożywienie, wreszcie regularne oddawanie stolca o pewnéj godzinie, nieraz oddaje znakomite usługi, pomimo że chorego pozostawiamy w dotychczasowych zwykłych warunkach życia. Nie zaprzeczam bynajmniéj, że neurastenicy bardzo często skarżą się na zaparcie stolca, ale to tylko jedna kategoryja chorych a nie wszyscy.

Nie zgadzając się na etyjologiję, jedynie neurasteniję czyniącą odpowiedzialną za wszystkie zaparcia stolca i na tłumaczenie nieszkodliwości tego stanu, nie mogę się też pisać na leczenie, jakie Dr. D. podaje na końcu swéj rozprawki. Nie mogę też z łatwością uwierzyć, aby bez bromu trudno się było obejść przy nawykowem zaparciu (str. 33), bo pod tym względem doświadczenia innych nie zgadzają się z tem zdaniem, za to chętnie się zgodzę na wszelkie zabiegi hydropatyczne, jako bardzo wskazane u typowych neurasteników. Również i miesienie stosowane systematycznie oddaje nieraz znakomite usługi, czemu jednak Dr. D. nie chce przyznać wpływu.

Chciałbym jeszcze podnieść niektóre uprzedzenia autora mojem zdaniem błędne, ale zakres sprawozdawcy nie dozwala mi na szerszą polemikę.

W każdym razie odczyt ten, jakiekolwiek były zapatrywania autora, należy do bardzo interesujących i powinien się znaleźć w ręku każdego praktycznego lekarza, mającego tyle do czynienia z przewlekłem zaparciem stolca, a każdy przeczytawszy tę rozprawkę może chętniéj będzie notował sobie spostrzeżenia i własne wyrabiał zdanie w téj kwestyi, która jak widzimy dużo jeszcze ma spornych punktów. Niestety jednak, jak słyszałem, odczyty kliniczne wydawane przez redakcyję „Gazety Lekarskiéj“, małem między lekarzami galicyjskimi cieszą się poparciem. (*Z Odczytów klinicznych* Nr. 24, wydawanych przez Redakcyję „Gazety Lekarskiéj“). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. Petresco (Bukareszt): Leczenie zapalenia włóknikowego płuc za pomocą wielkich dawek naparstnicy.

P. opierając się na licznych doświadczeniach dokonanych przez siebie i swych uczniów poleca gorąco używanie wielkich dawek naparstnicy w zapaleniu płuc włóknikowem. Dawka lecznicza działająca ma wynosić 4 do 6 gr. liści naparstnicy używanych w nastoju w przeciągu 24 godzin. Leczenie samo trwać ma do 5-ciu dni, jak to okazuje się z 8 załączonych przypadków chorób. Na 825 zapaleń płuc leczonych w ten sposób śmiertelność wynosiła zaledwie 2,06%. Ciepłota pod wpływem tej dawki ma się obniżać szybko, a ilość tętna spadać do normy. Z opadnięciem ciepłoty stan chorych polepsza się a objawy miejscowe znikają.

Szczególnie dobre wyniki dawało to leczenie u ludzi z wadami sercowemi. Szkodliwego działania na przewód pokarmowy jak również na serce autor nie zauważył. Tętno jest powolne, silne, dobrze napięte. (*Therapeutische Monatshefte* 2). *Dr. Paleczny.*

Burney Yeo (Londyn). Przeciwgnilne leczenie duru brzusznego.

Podawanie chloru, zastosowane już poprzednio przez Murchisona, zaleca autor w nowej postaci. Do flaszki około 450 cm. sz. objętości daje się 2 gr. sproszkowanego chloranu potasowego i 40 kropel zgęszczonego kw. solnego. Flaszkę się zamyka i pozostawia ją dopóty, dopóki nie wypełni się żółtawo-zielonym gazem chloru. Następnie wlewa się do téj flaszki w małych porcyjach wodę, zamyka i kłóci się za każdym razem, aż flaszka się napełni. Płyn zawiera wtedy oprócz resztek chloranu potasowego i kwasu solnego wolny chlor. Dodaje się wreszcie 1·5—2·5 gr. chininy i 30 gr. *syr. cort. aur.* i podaje co 2—4 godzin po 2 łyżki, zależnie od ciężkości przypadku. W ten sposób leczył autor w ostatnich latach wszystkich swoich chorych durowych z najlepszym skutkiem. Przy stosowaniu tego środka spostrzegał Y.: 1) obniżenie ciepłoty, 2) skrócenie zwykłego przebiegu choroby, 3) utrzymanie sił i przytomności, 4) lepsze przyswajanie pożywienia, 5) uderzającą czystość języka, 6) znikanie przykréj woni wypróżnień, 7) szybszą rekonwalescencyję. (*The Lancet* 1891, 11 kwietnia). *Dr. Beck.*

Położnictwo.

Staedler: O zakładaniu kleszczy na główkę następującą.

W pierwszéj części pracy swojéj zestawia Staedler zapatrywania wielkiéj liczby autorów dotyczące pytania, czy

kleszcze na główce następującéj należy zakładać czy nie. Z zestawienia tego wynika, że przeważna liczba położników jest przeciwną téj operacyi. Sądzą oni, że w przypadkach, w których pomoc ręczna nie doprowadza do pożądanego rezultatu, życie dziecka jest najprawdopodobniéj stracone, a zabieg kleszczowy przyczynia się raczéj do uszkodzenia matki niż do wyratowania dziecka. Autor jest jednak zdania przeciwnego i na podstawie częścią własnéj, częścią cudzéj statystyki broni wskazania do kleszczy. Autor rozporządza 10 przypadkami z kliniki Bischoffa. We wszystkich starano się wszelkiemi sposobami ręcznemi wydobyć główkę, a w końcu dopiero przystąpiono do zabiegu kleszczowego. Dzięki temu uratowano 80% dzieci, a żadna z matek nie poniosła ważniejszego uszkodzenia. Dołączywszy do statystyki własnéj 40 przypadków Kormana, Fischera i Credego, otrzymuje autor poważną cyfrę 72% uratowanych a tylko 28% straconych dzieci. Cyfry te zdaniem autora przemawiają niezawodnie za zabiegiem kleszczowym, i przemawiają dobitniéj, niż wszelkie wywody teoretyczne. Autor nie potępia jednak wcale zabiegów ręcznych; owszem zasługują one przed wszystkiemi innemi na pierwszeństwo; sprzeciwia się tylko stanowczo powszechnie utartéj zasadzie: „gdzie nie wystarczają zabiegi ręczne, tam jest wskazana kraniotomija". (*Arch. f. Gynaek.*, tom 40, zes. I, 1891.) *Dr. Al. Rosner.*

Herzfeld: **Przypadek ciąży jajnikowéj.**

H. opisuje przypadek tyczący się wieloródki, która 12 marca b. r. z końcem prawidłowéj ciąży przebyła poród prawidłowy. Po porodzie brzuch jeszcze był napięty i można było wyraźnie rozpoznać obecność drugiego płodu obok wypróżnionéj macicy. Chora dostała się do szpitala już po obumarciu płodu. H. wykonał laparatomię i z łatwością wyjął jajo płodowe, które tylko zapomocą cienkiéj szypułki z otoczeniem macicy było połączone. Ciążę trąbkową można było wykluczyć, gdyż prawa trąbka widoczna była cała; macica była próżna, trąbka, jajnik i więzadła lewe prawidłowe. Badanie anatomiczne wykazało ciążę jajnikową. Przypadek opisany jest nietylko z tego względu ważny, że obok macicznéj ciąży znachodziła się zamaciczna, lecz także, że dowodzi możności ciąży jajnikowéj, czemu niektórzy zaprzeczają i że ciąża rozwinęła się do końca. (*Wien. med. Presse* Nr. 15, 1891.) *Dr. Beck.*

Choroby nerwowe.

Dr. Ehrmann (Wiedeń): **Ostre zatrucie jodem przyczyną neuralgii nerwu troistego.**

Organizm nadzwyczaj szybko wchłania i rozprowadza podawany wewnętrznie jod. Purkynje znalazł go w moczu w 3 minuty po zażyciu. Wykryć go łatwo można w ślinie (Eulenberg), w śluzie oskrzelowym (Buchheim), w łzach (Wallace) i w szkliwie oka (Roszahegyi), w mleku, w krwi i nawet w wysięku opłucnowym (Bernatzik). Nie dziwnem więc jest, że często do zatrucia chronicznego jodem przychodzi w postaci przekrwień błony śluzowéj ust, nosa, połyku i oskrzeli. Spotykamy się jednak często, krótko po zażyciu jodu, z przekrwieniami i obrzękami miejsc, do których krew doprowadza tętnica szyjna (*carotis*). Objawy te mimo dalszego podawania leku wkrótce giną w ten sposób, że działanie jodu nazywamy zatruciem ostrem (*jodismus acutus*). Przyczyna jego jeszcze nie jest dostatecznie wyjaśnioną, a przypadki z kliniki prof. Neumanna wzięte może się przyczynią do bliższego w téj rzeczy rozpatrzenia się. U czterech chorych podano po raz pierwszy jodek potasu w dawce gramowéj. Natychmiast po zadaniu wystąpiły silne bóle neuralgiczne w czole nad oczami, w twarzy i w wszystkich zębach. Spojówki ócz silnie poczerwienione i znaczne łzawienie. Chorzy wiją się z bólu w łóżkach swych. Po pół godziny nerwobóle ustąpiły, a dalsze podawanie jodu mijało bez zaburzeń z téj strony. Autor tłomaczy sobie to zjawisko w następujący sposób: Jod działa widocznie na ośrodki naczynio-ruchowe w *medulla oblongata* położone. Występuje wskutek tego rozszerzenie tętnicy szyjnéj i jéj rozgałęzień, połączone z przekrwieniem nerwów a mianowicie tych gałązek nerwu troistego, które przez kanały kostne opór stawiające biegną. Wskutek ucisku wywołanego niepodatnością ściany kostnej powstaje nerwoból. Ośrodki w rdzeniu przedłużonym wkrótce oswajają się z jodem, przekrwienie a zatem i ból ustępują. Przypadki takie opisują także Małachowski (*Th. Mhefte* 1889) i Bresgen (*Ctrblt. f. d. kl. M.* 1886). Polecają oni, aby uniknąć téj nieprzyjemnéj niespodzianki, podawanie równoczesne węglanu sodowego; autor zaś radzi popijać mleko lub wodę ocukrzoną. (*Wr. med. Bl.* 1890 Nr. 44). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby umysłowe.

Dr. Schmitz. **Zboczenia umysłowe grypą wywołane.**

Podczas gdy większość psychijatrów niemieckich zgadza się, że grypa nie wywołuje bezpośrednio zboczeń umysłu, a tylko wtórorzędnie u osób dziedzicznie obciążonych lub dotkniętych psychozą utajoną, to S. doszedł na zasadzie swoich przypadków do przekonania, iż po grypie powstają zboczenia umysłowe u osób przedtem zupełnie umysłowo zdrowych. Wszystkie przypadki przez niego spostrzegane okazywały obraz zadumy w jéj różnych formach. U jednych chorych spostrzegał przygnębienie, niechęć i brak zaufania w własne siły, z następowo rozwijającemi się urojeniami i wreszcie zupełną biernością; innych znowu trapiły omamy wzrokowe prześladowcze tak, iż czynnie przed niemi się bronili. Zdaje się że jad grypy raczéj zaduchowéj niż przyrzutowéj przyrody, drogą krwi się w ustroju uogólnia, i w pierwszéj linii według S. toksycznie na ustrój nerwowy wpływa, czego dowodem wczesne objawy, jak uczucie znużenia, osłabienia, bole głowy i t. p., poczem dopiero zmiany w krążeniu sprawami zapalnemi wywołane swój wpływ zgubny dorzucają.

Najczęściéj dotykał jad grypy zakresu nerwów czucia, ruchu i wydzielniczych, najpóźniéj zaś zwojów nerwowych, wywołując naówczas psychozy. Zboczenia umysłowe grypą wywołane nie mają cech odrębnych od innych psychoz, jedynie za nieco cechujące je przypuścić można długie odwlekanie się powrotu do zdrowia. Nadto ważnem jest, że żadna z chorób zakaźnych tak często jak grypa psychoz nie wywołuje. Rokowanie w zboczeniach tych u osób zdrowych bez dziedziczności jest dobre tak co do życia, jak i powrotu do zdrowia umysłowego, a leczenie zasadzało się u S. na stosowaniu ciepłych kąpieli, zimnych nacierań, posilnéj dyjecie, podawaniu chininy jako środka przeciwgorączkowego i przeciwzakisowego, wreszcie ciężkich win w przypadkach grożącego zapadu lub osłabienia serca. (*Allg. Ztschr. für Psychiatrie* T. 47 3 i 4 zeszyt 1890). *Dr. Wachholz.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie 17 z dnia 20 grudnia 1890 roku.

Przewodniczący kol. Bylicki. — Obecnych członków 39.

1) Na wniosek kol. Merunowicza uchwalono wysłać pismo z wyrazami uznania i czci p. Bilińskiemu za jego fundacyję dla nieuleczniych; na wniosek kol. Krówczyńskiego podziękowano kol. Gostyńskiemu za przyczynienie się do téj fundacyi swą radą i wpływem.

2) Kol. Krówczyński podaje, że za jego radą nie sprowadzono chorych leczonych limfą Kocha na posiedzenie, gdyż badanie byłoby niedogodnem, natomiast proponuje, aby koledzy, których ta sprawa obchodzi, udawali się do szpitala powsz., gdzie na pojedynczych oddziałach chorych szczepionych widzieć mogą.

3) Kol. Gostyński po opisaniu i podaniu historyj chorób licznych przypadków leczonych limfą Kocha w Berlinie, które tamże widział z zakresu częściowo gruźlicy wewnętrznéj, przeważnie zaś chirurgicznéj, wnosi, że jakkolwiek dotychczasowe wyniki pozornie są małe, nieraz dość późno występują, to jednak i te rzucają już światło na wielką użyteczność tego środka, że zwłaszcza chirurgija znacznie lepsze wyniki niż dotąd mieć będzie, w ogóle że stoimy przed nową epoką w medycynie. Daléj wspomina o badaniach mikroskop. Browicza i Kromeyera.

4) Kol. Wernicki przechodzi różne zdania co do chemicznego składu limfy Kocha i oświadcza się przeciw mniemaniu, jakoby limfa z ptomainów się składała, raczéj z toksalbuminy wytworzonéj z czystych hodowli prątków gruźliczych. Już dawniéj robiono doświadczenia z toksalbuminami, wytworzonemi przez inne bakteryje. n. p. wąglikowe i przekonano się, że po małych dawkach zwierzę staje się odpornem na odpowiednią chorobę, po wielkich zaś objawy tejże choroby występują. Że Koch skład i sposób otrzymania limfy utrzymuje w tajemnicy, jest rzeczą wytłumaczoną, gdyż jeśli wytworzenie tejże jest trudnem w pracowni tak doskonale urządzonéj i tylu siłami rozporządzającéj pod kierunkiem Kocha, to cóż dopiero w pracowniach mniéj bogatych. — Co do Nenckiego, to ten pracował nad składem chemicznym toksalbuminów czy enzymów i doświadczenia robił na zwierzętach, jednak tylko dla celów chemicznych, wprowadzenie zaś do celów leczniczych jest tylko zasługą Kocha. — W końcu zwraca uwagę na potrzebę wielkiéj ścisłości i dokładności w doświadczeniach.

5) Następnie kol. Stachiewicz mówi o 12 chorych leczonych limfą Kocha w oddziale prym. kol. Ziembickiego.

Kol. Mahl o obserwowanych przez siebie przypadkach w Berlinie i Wrocławiu.

Kol. Schramm o doświadczeniach z limfą Kocha w szpitalu św. Zofii.

Kol. Rosenbusch o doświadczeniach w oddziale kol. Mehrera.

Kol. Longchamps o doświadczeniach w szpitalu wojskowym, wreszcie

Kol. Likendorf o czterech przypadkach ze zejściem śmiertelnem wśród leczenia płynem Kocha, które widział w Berlinie.

6) Nastąpiły wybory do komisyi „matki“ — do którój wybrani zostali koll. Bylicki, Merunowicz, Rygier, Krówczyński, Stroynowski, Dębicki Klemens i Schramm. Za sekretarza *Dr. Mukowicz.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IV z dnia 12-go maja 1891 roku.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 12.

1) Uchwalono zaprosić do komisyi mag. farm. p. F. Sobierajskiego, jako stałego referenta spraw farmaceutycznych.

2) Rozpatrując rozbiór chemiczny nowoodkrytego zdroju Emmy w Iwoniczu dokonany przez prof. Trochanowskiego, uchwalono zwrócić uwagę Zarządu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu na potrzebę oznaczenia na miejscu ilości składników gazowych i wydatności zdroju, który tak składem chemicznym jakoteż obfitością swą powiększyć może znakomicie zasób czynników balneoterapeutycznych zdrojowiska.

3) Przyjęto referat mag. farm. p. Sobierajskiego w sprawie zbierania i hodowli roślin lekarskich. Sprawozdanie to, które ma być przesłane Zarządowi Kółek rolniczych, Towarzystwom rolniczym, Towarzystwu oświaty ludu i krajowéj Komisyi przemysłowéj, obejmuje spis tych roślin krajowych, dziko rosnących lub wymagających uprawy, które przydatne są w farmacyi, ich sposób suszenia i ceny handlowe, a zarazem spis firm krajowych, które na większy rozmiar zajmują się zakupnem lub produkcyją wegetabiliów krajowych.

4) Zastanawiano się nad potrzebą założenia w kraju fabryki wyrobów farmaceutycznych i przetworów chemicznych, a do dokładniejszego sformułowania wniosków wybrano podkomisyję, złożoną z prof. Steingrabera i mag. farm. Sobierajskiego.

5) Na podstawie rozbioru chemicznego, dokonanego przez prof. Steingrabera i doświadczeń, czynionych w Klinice lekarskiéj krakowskiéj, uchwalono przedstawić Tow. lek. krakowskiemu do polecenia pigułki ocukrzone wyrobu p. Mańkowskiego, aptekarza w Sieniawie, zawierające w sobie 0·025 kreosotu i 0·0004 kwasu arsenawego. Pigułki te, które p. Mańkowski wyrabia obecnie zamiast dawniejszych otoczonych czekoladą i zawierających w sobie balsam tolutański, rozpuszczają się bardzo łatwo i mieszczą w sobie ściśle oznaczoną ilość leków. Są one nadto tańsze od dawnych, gdyż pudełko zawierające 100 pigułek, kosztuje tylko 65 ct.

6) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia obory i służby stajennéj mleczarń w Gnojniku i Grodkowicach. Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 czerwca. W obec zgromadzonych członków Akademii, profesorów Uniwersytetu, reprezentantów władz oraz licznego zastępu publiczności odbyło się d. 31 maja o godzinie 12 w południe w auli uniwersytetu doroczne publiczne posiedzenie Akademii umiejętności. Zaszczycił je swem uczestnictwem były minister skarbu JE. dr. Julian Dunajewski, któremu przypadł w udziale obowiązek zagajenia posiedzenia w imieniu dostojnego protektora arcyksięcia Karola Ludwika.

W obszernem przemówieniu swem podniósł JE. dr. Dunajewski szczytne posłannictwo i niezmordowaną działalność Akademii, która z każdym rokiem ku chlubie nauki polskiej i pożytkowi ojczyzny coraz obfitszym plonem wzbogaca niwę wiedzy i podnosi sławę imienia polskiego, rozszerzając zakres swej działalności i obejmując nią coraz szersze horyzonty. W tej nieustającej pracy naprzód i w dążeniu do postępu została Akademia niespodziewanie zaskoczoną w tym roku wypadkami ważnemi, które nie pozostały bez wpływu na normalny bieg jej działalności, i ważne za sobą w następstwie pociągnąć mogą skutki. Od steru Akademii ustąpił mąż, który od chwili powołania do życia tej najwyższéj naszej naukowej instytucyi kierował jej nawą, i otaczał ją swą najtroskliwszą opieką i pieczołowitością. Ustąpił syt sławy, zaszczytów i uznania, spowodowany wiekiem, spełniwszy godnie swój szczytny obowiązek. Miejsce jego zajął w Akademii mąż, którego stanowisko naukowe, zasługi i przeszłość wskazały jako najgodniejszego do tego zaszczytnego stanowiska, przewodniczącego Akademii. Mąż ten, który w różnych sferach i sprawach dawał i daje wytrwały przykład, że sławy i zasług przodków nietylko nie zmarnował, lecz stara się je opromienić zasługą i pracą własną, przedstawia dostateczne rękojmie, że chlubnie wzniesie w górę złożony w swe ręce sztandar nauki polskiej. Nawiązując swe przemówienie do powyższych faktów, złożył JE. dr. Dunajewski życzenia jak najpomyślniejszego rozwoju Akademii pod nowym zarządem, i witając zgromadzonych w imieniu Protektora Akademii, ogłosił posiedzenie za otwarte.

W odpowiedzi na zagajenie wice-protektora zabrał głos prezes Akademii Słanisław Tarnowski. Zaznaczywszy na wstępie, że życzliwe i pełne zachęty i otuchy słowa nigdy nie były bardziej potrzebne, niż w obecnej chwili, w której Akademia przechodzi ciężkie i bolesne przesilenie wskutek ustąpienia długoletniego i tak około jej rozwoju zasłużonego przewodnika, prezesa dra Józefa Majera, poświęcił mowca dłuższy ustęp ocenie zaszczytnej i pełnej zasług działalności byłego prezesa. Skończył się w dziejach Akademii naszej z ustąpieniem Majera okres piękny i ważny — dziś stoimy przed przyszłością nową — niepewni tego, co będzie. Ale otucha i nadzieja winna być zachętą i bodźcem do pracy dla przyszłości. Sił i pracowników Akademii nie zabraknie. Rośnie coraz więcej falanga tych młodych pracowników, co stając w miejsce tych co ustępują z widowni, budują wytrwale gmach polskiej nauki, która idzie ciągle w górę.

Następnie odczytał hr. Tarnowski sprawozdanie z czynności naukowych i administracyjnych Akademii w ubiegłym roku.

Z pomiędzy członków Akademii zagranicznych i krajowych zmarli w roku ubiegłym: Oskar Kolberg, Edmund Stawiński, Wiktor Szokalski, Romuald Hube, Maksymilian Nowicki, Ksawery Liske, Franciszek Miklosich, Maksymilian Machalski, ks. biskup Adam Krasiński. Każdemu z wymienionych poświęca prezes krótkie, lecz pełne uznania wspomnienie.

Na członków Akademii przez poszczególne wydziały zaproponowani zostali: W wydziale filozoficznym na członków czynnych zagranicznych, Aleksander Brückner, profesor filologii słowiańskiej w Berlinie, Stojan Nowakowicz, b. minister serbski, poseł w Konstantynopolu. Na członka korespondenta hr. Karol Lanckoroński. W wydziale historyczno-filozo-

ficznym, na członka czynnego zagranicznego prof. Adolf Pawiński w Warszawie, na członków czynnych krajowych prof.: dr. Kasparek i ksiądz Pawlicki, na członka korespondenta Henryk Lisicki. W wydziale matematyczno-przyrodniczym, na członka czynnego zagranicznego prof. Mendelejew, chemik, w Petersburgu, na czł. korespondenta zagranicznego W. Gosiewski, w Warszawie. Na członków czynnych krajowych: B. Dybowski, prof. uniwersytetu we Lwowie, N. Cybulski, E. Godlewski, profesorowie uniwersytetu w Krakowie. Na czł. korespondenta krajowego, A. Wierzejski, prof. uniw. krakowskiego.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. odbytem w dniu 3 czerwca zaprosił prof. Obaliński członków Tow. na odczyt Dra bar. Mundy w niedzielę o godzinie 4-tej w sali radnej odbyć się mający, poczem prof. Korczyński przedstawił w imieniu komisyi przemysłowej pigułki Mańkowskiego kreozotowo-arsenowe do popierania. Następnie przyjęto na członka Towarzystwa Dra Czesława Uhmę w Krakowie. Z kolei wywiązała się dyskusyja nad odczytem Dra Momidłowskiego o intubacyi, w której wzięli udział proff. Pieniążek i Jakubowski, Dr. Starachowicz i prelegent. W końcu odbył się wykład Dra Cerchy o dobrowolnych pęknięciach macicy ciężarnej.

* Na posiedzeniu Wydziału gospodarczego w d. 30 maja 1891 r., wybrano przewodniczącym sekcyi farmaceutycznej mag. farm. Fortunata Gralewskiego. Postanowiono wystosować odezwę do kolegów na prowincyi, zachęcającą ich do brania licznego udziału w Zjeździe. Sprawę założenia archiwu dla medycyny odesłano do komitetu Towarzystwa lekarskiego. Postanowiono utworzyć ściślejszy komitet składający się z pp. Dra Rostafińskiego, Dra Rydygiera, Dra Zarewicza, Dra Gluzińskiego i Dra Cybulskiego z zakresem obszerniejszego działania w sprawach niecierpiących zwłoki. Do komisyi kwaterunkowej na wniosek Dra Kwaśnickiego przybrano pp. Dra Maksymilijana Cerchę i Dra Józefa Surzyckiego.

* Od Komitetu zjazdowego otrzymaliśmy pismo następujące:

Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Krakowie między 16—21 lipca. Zaproszenia zostały rozesłane wszystkim, których adresy znane były Komitetowi, mimo to niewątpliwie mogło się zdarzyć, że zwłaszcza koledzy na prowincyi zamieszkali odezwy naszej nie otrzymali, tą więc drogą odwołujemy się raz jeszcze do nich, prosząc o najliczniejszy udział. Przypominamy przy tej sposobności, że wszystkie pisma, nie odnoszące się do odczytów, należy adresować do sekretarza Zjazdu Dra Zarewicza (Floryjańska 40), w sprawie zaś wystawy do Dra Śliwińskiego (Mały Rynek 4). W sprawach naukowych, a zatem w kwestyjach referatów i odczytów upraszamy o odnoszenie się wprost do odpowiednich przewodniczących sekcyj i w tym celu powtarzamy ich listę:

A) Sekcyje lekarskie:

1. *Sekcyja medycyny teoretycznej* (fizyjologija, histologija, patologija i anatomija patologiczna). Przewodniczący prof. Dr. N. Cybulski (Szczepańska 11).
2. *Sekcyja hygijeny i medycyny sądowej.* Przewodniczący prof. Dr. L. Blumenstok (Podwale 10).
3. *Sekcyja medycyny wewnętrznej.* Przewodniczący prof. Dr. Korczyński (ul. św. Rocha 3).
4. *Sekcyja chirurgiczna.* Przewodniczący prof. Dr. Rydygier (ul. Kopernika 2).
5. *Sekcyja ginekologiczna.* Przewodniczący prof. Dr. Madurowicz (Bracka 6).
6) *Sekcyja okulistyczna.* Przewodniczący prof. Dr. Rydel (Floryjańska 33).
7. *Sekcyja weterynarska.* Przewodniczący Doc. Dr. Walentowicz (Plac Dominikański 1)
8. *Sekcyja farmakologii i farmacyi.* Przewodniczący mag. Gralewski (Szczepańska, apteka pod Tygrysem).

B) Sekcyje przyrodnicze.

9. *Sekcyja fizyko-matematyczna.* Przewodniczący prof. Dr. Witkowski (Zwierzyniecka 25).
10. *Sekcyja chemiczna.* Prof. Dr. Olszewski (Jagiellońska 22).
11. *Sekcyja mineralogii, geologii, geografii fizycznej.* Przewodniczący prof. Dr. Szajnocha (Podzamcze 9) i prof. Dr. Kreutz (Krupnicza 10).
12. *Sekcyja zoologii i anatomii porównaczej.* Przewodniczący prof. Dr. Wierzejski (Wielopole 8).
13. *Sekcyja botaniki.* Przewodniczący prof. Dr. Rostafiński (Wolska 7).
14. *Sekcyja antropologii.* Przewodniczący prof. Dr. Kopernicki (Sławkowska 29).
15. *Sekcyja psychologiczna.* Przewodniczący prof. Dr. Cybulski (Szczepańska 11).

W tych ramach jak się spodziewamy mogą się pomieścić wszystkie umiejętności lekarskie i przyrodnicze oraz ich zastosowania pedagogiczne czy techniczne. A zatem np. elektrotechnicy mogą się zapisać do sekcyi fizycznej itd. Każda zaś sekcyja po ukonstytuowaniu się będzie mogła w danym razie dalej się rozdzielać i obradować choćby w paru osobnych grupach. W danym razie, na żądanie pewnej liczby członków możemy utworzyć jeszcze inne sekcyje, gdyby tego zachodziła rzeczywista potrzeba.

Kraków 2 czerwca 1891 r.

Sekretarz *Dr. Zarewicz.* Przewodniczący *Dr. Rostafiński. Dr. Rydygier.*

* *VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.* Do sekcyi medycyny wewnętrznej zgłoszone zostały w dalszym ciągu następujące wykłady: 1. O. Bujwid: Doświadczenia z tuberkuliną na zwierzętach. 2. Tenże: Wyniki pięcioletniego stosowania ochronnych szczepień metodą Pasteura w Warszawie. 3. Dr. J. Zawadzki: Wymioty nerwowe, nowy sposób ich leczenia.

W sekcyi med. teoretycznej zgłoszono w dalszym ciągu następujący odczyt: Dr. Kamocki z Warszawy: O odczynach barwnych zwyrodnienia szklistego, z przedstawieniem preparatów drobnowidowych.

W sekcyi psychologicznej: Dr. Noiszewski. 1) Demonstracyja przyrządu służącego do mierzenia czucia bólu. 2) Demonstracyja „topotermoestezyjometru". — Dr. Rubczyński z Wiedma: Teoryja poznania arystotelików w obec badań etnopsychologicznych nad początkami mitu i mowy.

* Donoszą nam z Rzeszowa, że w tych dniach osiedlił się tam dwudziesty z rzędu lekarz. Jestto na 12-tysięczną ludność procent za wielki!

* Krążyły wieści, że p. Ochorowiczowi, doktorowi filozofii, zajmującemu się hipnotyzowaniem, udało się przecież uzyskać w Petersburgu pozwolenie najwyższej władzy lekarskiej na wykonywanie praktyki. Dowiadujemy się atoli z ostatniego Nru *Zdrowia*, że wieści te pozbawione są podstawy, albowiem jeszcze we wrześniu r. z. rozporządzeniem Departamentu Lekarskiego zabronionem zostało p. Ochorowiczowi stosowanie hipnotyzmu na chorych. Obecnie p. Ochorowicz, który widocznie nieprzeparty ma pociąg do wykonywania praktyki lekarskiej, na ponowne swe podanie, aby mu wolno było wykonywać masaż na chorych, otrzymał odpowiedź od tejże Władzy, że może wykonywać ten rękoczyn tak, jak każdy inny człowiek nie mający kwalfikacyi lekarskiej, byle przedstawił świadectwo lekarza, że umie wykonywać masaż i uzyskał pozwolenie Urzędu lekarskiego. Warto rzeczywiście przytoczyć odezwę Departamentu Lekarskiego w tłomaczeniu podanem przez „Zdrowie":

Opiewa ona jak następuje: „Zamieszkały w Warszawie doktor filozofii Ochorowicz zwrócił się do Departamentu Lekarskiego z prośbą o zezwolenie zajmowania się wykonywaniem delikatnego masażu według własnej metody. Rozpatrzywszy rzecz i biorąc pod uwagę, że zalecanie masażu jako metody leczniczej i zastosowanie przy nim pewnych rękoczynów dozwolonem jest tylko lekarzom, Rada lekarska wnosi, że p. Ochorowiczowi, jako nieposiadającemu stopnia lekarskiego, może być pozwolonem tylko wykonywanie masażu pod obserwacyją lekarza i po przedstawieniu przez p. Ochorowicza świadectwa o nabyciu należytej wprawy i o znajomości techniki masażu, wydanego przez którykolwiek z upoważnionnych przez rząd zakładów lub przez lekarza zajmującego się masażem i mającego prawo praktyki w Rosyi". Uszczypliwie dodaje „Zdrowie": „Czy prorok nowej epoki w lecznictwie uzyska godność, jaką posiada już w Warszawie wielu felczerów, nie przesądzamy". Ze swej strony zwracamy na odezwę powyższą uwagę naszych władz, ponieważ p. Ochorowicz od czasu do czasu uszczęśliwia i naszą prowincyję swojemi odwiedzinami i spuszcza z uwagi, że i w cesarstwie austryjackiem również prawa praktykowania nie posiada.

* Wracz donosi, że prof. Marceli Nencki przyjął ostatecznie posadę przełożonego oddziału chemii fizyjologicznéj w zakładzie patologii doświadczalnéj w Petersburgu z płacą roczną 6000 rubli, mieszkaniem wolnem oraz wliczeniem 20 lat służby zagranicą odbytéj.

* Otrzymaliśmy zeszyt I. Rocznika Tow. ginekologicznego krak. za r. 1890. Jestto właściwie odbitka z odczytów i sprawozdań z posiedzeń Tow. tego, ogłoszonych w *Przegl. Lek.* przez członków Tow. w ciągu r. 1890. W każdym razie dowód to żywotności tego Towarzystwa małego ale ruchliwego, albowiem zeszyt ten zawiera odczyty prof. Marsa i Drów Brauna, Cerchy i Kohna, sprawozdanie z przedstawienia preparatów anat. i narządów przez proff. Madurowicza, Marsa, Obalińskiego i Rydygiera, oraz Drów Brauna, Cerchy i Kohna. Odbitka ta będzie pożądaną nietylko dla członków Tow. ale i dla każdego lekarza, zajmującego się ginekologiją.

* W tygodniu 20-tym (od 17—23 maja) było w Krakowie małżeństw 18, urodzin 60, skonów 48 (33 46), z tych z zap. płuc 10, z gruźlicy 9, z nieżytu żołądka i jelit 5, z dławca i błonicy 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 13 Czerwca 1891. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyai księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIX.

Śmierć ze zduszenia. Morderstwo czy samobójstwo.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

Iwan X. odziedziczył razem z bratem swym Piotrem gospodarstwo; Iwan żonaty wyswatał młodszego Piotra z wdową, siostrą swéj żony, znacznie starszą od Piotra; pożycie stadła było złe, zwłaszcza gdy Iwan ciągle intrygował, aż nareszcie rozłączył małżonków i zabrał Piotra do siebie. Od téj chwili rozpoczęły się kłótnie między braćmi. Iwan pragnął zatrzymać całe mienie i żywić Piotra u siebie; ostatni dążył do usamowolnienia się, wniósł podanie do Sądu o pertraktacyję spadkową, a gdy go z tego powodu brat pobił, przeniósł się do obcych ludzi, opowiadając, że Iwanowie chcieli go zadusić. Wreszcie stanęła ugoda sądowa, a Piotr powrócił do brata. Stosunek ten trwał niedługo, bo w parę miesięcy potem, d. 27 kwietnia, wójt doniósł Sądowi, że Piotra X. znaleziono nieżywego, mającego szyję obwiniętą chustą, w której znajdował się klucz, podając następujące szczegóły: dnia 26 kwietnia Piotr około 9 téj godziny wieczorem udał się na spoczynek do stryszka nad stajnią, gdzie zazwyczaj sypiał. Stajnia ta ma kilka przegródek z patyków, po których, jak po drabinie, można z łatwością wspinać się na strych pod dach słomiany. Tam stała skrzynia Piotra, a klucz od niéj nosił zawsze na pasku. Owego wieczora Iwan udał się był w swaty do sąsiada, i powrócił dopiero 27/4 nad świtem. Około 10 rano Wasyl B., służący, zdziwiony, że Piotr nie wstaje, poszedł sam na strych, a zastawszy go nieżywego powrócił do chałupy, mówiąc: „ta win uże derewnyj (skostniały)“. Zastał go bowiem rozebranego do koszuli, zsiniałego, a na szyi miał skręconą szmatę, na węzeł związaną, a między szmatą a szyją wetknięty był klucz, rękojeścią na dół skierowany a otworem w górę pod brodę sterczący. W szmacie zawiązanych było kilka krajcarów i artus (kawałek chleba poświęconego). Warstwa słomy wytłoczona była w miejscu, gdzie jedna z owych desek, które powałę stanowią, jest krótszą od innych o 40 cm.; słoma wgnieciona ku dołowi (ku stajni), nie przerwana. Po zniesieniu trupa szybko zerwano szmatę ze szyi i wyjęto klucz.

Dnia 28/4 z polecenia Sądu lekarze sądowi Dr. A. i chir. B. uskutecznili s e k c y j ę s ą d o w ą i podyktowali co następuje:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: 1) Ciało mężczyzny lat około 40 liczącego, wzrostu średniego, miernie odżywione i zbudowane. 2) Twarz wydaje się być nabrzmiałą, skóra jéj brudno sino zabarwiona. 3) Powieki ócz zamknięte, naczynia spojówek silnie nastrzyknięte, na dolnéj części spojówki prawéj kilka wybroczyn krwi wielkości główki od szpilki. 4) Usta sino zabarwione zamknięte, zęby zaciśnięte, po rozwarciu ich widać język nie zmieniony co do wielkości, tuż za zębami położony. Z jamy ust wypływa żółtawo czarniawa nieco cuchnąca ciecz. 5) Skóra szyi brudna, sino zabarwiona. Po środku téjże tuż pod grdycą widać smugę bladą, biegnącą równolegle do obojczyków ku tyłowi. Po prawéj stronie szyi przedstawia się ona wybitniéj aniżeli po lewéj, a obie zbliżając się ku karkowi gubią się w brudno sinem zabarwieniu tegoż. Smuga ta wydaje się nieco wklęsłą, miejscami jest na 2 centm. szeroka, miejscami węższa. Brzegi jéj są nie równe, miejscami niedość wyraźne. Nadcięcia jéj wykazują prawie zupełny brak krwi w naczyniach tkanki podskórnéj. 6) Okolica górna tkanki piersiowéj do 2 żebra szczególniéj nad trzonkiem kości mostkowéj miejscami pręgowata, sino zabarwiona. 7) Na prawem przedramieniu na granicy dolnéj a średniéj części kości sprychowéj widać sino zabarwioną plamę ani wklęsłą ani wzniesioną, kształtu owalnego na 3 centm. długą, na $1\frac{1}{2}$ szeroką, ukośnie z dołu do góry do osi ramienia położoną. Po nacięciu téj plamy widać w tkance podskórnéj skrzepłą krew na przestrzeni odpowiedniéj wielkości plamy. 8) Nad górnym wyrostkiem ościstym (*spina ant. sup.*) prawéj kości biodrowéj widać strzępy naskórna i pergaminowo twardo zaschnięte miejsca, pozbawione naskórka na 3 centm. długości, na 1 centm. szerokości. Po nacięciu nie znajdujemy w tkance podskórnéj ani krwi, ani skrzepów. 9) Na tylnéj stronie, ramienia lewego na 4 palce ponad wyrostkiem łokciowym, widać plamę siną, co do własności całkiem do plamy wyż pod Nr. 7 opisanéj podobną. 10) Nad lewym wyrostkiem łokciowym widać starcie naskórka pergaminowo twarde, wielkości i kształtu fasoli. Po nacięciu znachodzimy w tkance podskórnéj kilka skrzepów krwi. 11) Na wewnętrznéj stronie lewego pr edramienia, w wysokości średniéj i gór-

néj części, widać plamę sino zabarwioną wielkości i kształtu cztero-centówki. Po nacięciu tejże znajdujemy w tkance podskórnéj skrzepłą krew na odpowiadającéj plamie przestrzeni. 12) Na zewnętrznéj stronie uda lewego w połowie tegoż widać starcie naskórka pergaminowo suche, podłużne, na 3 cntm. długie, na 2 szerokie, ukośnie do osi uda położone. Po nacięciu znachodzimy w tkance podskórnéj kilka skrzepów krwi. 13) Brzuch wzdęty ponad pachwinami blado-sino zabarwiony. 14) Kark i cały grzbiet sinawo zabarwiony. 15) Pośladki kałem zwalane. 16) Mięśnie górnych i dolnych członków znachodzą się w stanie miernego stężenia. 17) Palce rąk na pół zawarte, sinawo zabarwione, bez żadnych zmian. Po dokładnem zbadaniu nie znaleziono żadnych więcéj na ciele zmian.

Oględziny wewnętrzne: 1) Po przecięciu skóry na głowie wypływa wiele krwi czarniawéj. 2) Kości czaszki średniéj grubości. 3) Wszystkie zatoki i żyły opony twardéj napełnione ciemną krwią. 4) Podobnie krwią napełnione znajdujemy i żyły opony miękkiéj. 5) Miąższ mózgu surowiczo wilgotny przedstawia się na przecięciach kropkami krwi miernie zasiany. Z komórek wypływa znaczna ilość mętnawéj cieczy. 6) Żyły szyi krwią przepełnione. 7) Błona śluzowa tchawicy różowo zabarwiona, z tchawicy wypływa czerwona pienista ciecz. 8) Kość gnykowa, grdyca i pierścienie tchawicy nie wykazują zmian. 9) Oba górne płaty płuc częściowo przyrośnięte, wszystkie płaty płuc zawierają powietrze, kolor ich ciemno brunatny, po przecięciu wykazują mierne przekrwienie. 10) Serce odpowiedniéj wielkości, w komórce lewéj żadnéj, w komórce prawéj mała ilość czarniawéj krwi. 11) Wątroba, śledziona i nerki wykazują mierny stopień przekrwienia. 12) Żołądek próżny, błona śluzowa jego szaro blada, pokryta żółtawym śluzem bez szczególnego zapachu. Na dnie żołądka widać pod błoną śluzową kilka wybroczyn krwi. 13) Kiszki gazami wydęte zawierają sporą ilość jasnożółtego kału. 14) Pęcherz moczowy próżny.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące

Orzeczenie: I. Jak ustępy 2, 3, 5, 6 oględzin zewnętrznych, a szczególnie ustępy 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12 oględzin wewnętrznych wykazały, śmierć Piotra X. powstała wskutek uduszenia. II. Uduszenie sprowadzonem zostało przez okręcenie naokoło szyi znalezionéj chustki (szmatki); nic nie przemawia przeciwko temu i owszem spisane pod l. 5 oględzin zewnętrznych zmiany na szyi stwierdzają to. III. Wprawdzie w podobny sposób wykonane samobójstwo należy do rzadkich przypadków; możliwości téj zaprzeczyć atoli nie można. IV. Opisane, pod l. 7, 8, 9, 11 i 12 oględzin zewnętrznych znalezione na ciele zmiany wykazują, że jakiś dość silny uraz w te miejsca działał. Urazem mogło być ciśnienie dajmy na to palców lub innego twardego przedmiotu jakoteż uderzenie twardem tępem narzędziem V. Brak odczynu żywotnego wykazuje, że uraz ten działał albo tuż przed śmiercią albo po śmierci dopiero. VI. Opisane pod l. 8, 10 i 12 oględzin zewnętrznych, znalezione na ciele zmiany mogły powstać tuż przed śmiercią obdukowanego, jakoteż i po śmierci. Co do zmian zaś opisanych pod l. 7, 9 i 11 można powiedzieć, że najprawdopodobniéj w czasie kiedy jeszcze krew krążyła, a więc za życia obdukowanego, wywołane zostały, chociaż i powstanie ich pośmiertne wykluczyć się nie daje.

Sąd nie zadowolił się tem orzeczeniem i z powodu ważności przypadku odesłał akta do Wydziału lek., żądając wyjaśnienia, „czy w danym przypadku jest wykluczona możność, „iż Piotr X. zakończył życie przez samobójstwo tak, iżby „koniecznie działanie osoby drugiéj jako przyczynę śmierci „przypuścić należało, lub czy też możność ta i w jakim stopniu istnieje“.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1) Nie ulega wątpliwości, że Piotr X. umarł wskutek zduszenia (strangulacyi).

2) Śmierć ze zduszenia najczęściéj przemawia za działaniem ręki obcéj, a wyjątkowo tylko za samobójstwem. Rozróżnienie, czy w danym razie ma się do czynienia za zduszeniem obcą ręką zdziałanem lub ze samozduszeniem się, najczęściéj jest trudne, a nie opiera ono się wyłącznie ani na sposobie szczegółowym, w jaki, ani na narzędziu, którem zduszenie dokonane zostało. Albowiem tak mordercy jak samobójcy posługują się rozmaitemi sposobami i narzędziami. Uwzględniając szczegóły odnoszące się do właściwego aktu strangulacyi w przypadku danym nie możnaby wykluczyć ani działania ręki własnéj ani cudzéj.

3) Zazwyczaj wtedy przypuszczamy działanie ręki cudzéj, a wykluczamy samobójstwo, jeżeli oprócz śladów po strangulacyi pozostałych znajdujemy na zwłokach ślady walki i obrony.

Otóż u Piotra X. znaleźli pp. obducenci sińce: 1) na prawem przedramieniu (Nr. 7 prot. sekc.); 2) na tylnéj stronie ramienia lewego (Nr. 9); 3) nad wyrostkiem łokciowym lewym (Nr. 10); 4) na wewnętrznéj stronie przedramienia lewego (Nr. 11) i 5) na zewnętrznéj stronie uda lewego, a więc trzy sińce na odnodze górnéj lewéj, jeden na odnodze górnéj prawéj i jeden na odnodze dolnéj lewéj; wszystkie te sińce niewątpliwie powstały za życia Piotra X.

Należy więc zastanowić się nad pochodzeniem tych sińców.

Prawdą jest, że wśród duszenia występują czasem drgawki, zwłaszcza w odnogach dolnych, które nawet mają być tak silne, iż odnogi uderzają o podstawę. Trudno jednak przypuścić, aby skutkiem tych drgawek (jeżeli wogóle wystąpiły) miały powstać owe sińce, jeżeli się uwzględni:

a) okoliczność, że Piotr X. leżał na słomie, że więc uderzanie odnóg o podstawę twardą miejsca nie miało, i

b) że umiejscowienie tych sińców, z których jeden znajdował się na nawet po stronie wewnętrznéj przedramienia, nie przemawia za powstaniem ich skutkiem uderzenia się o przedmiot twardy. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do kwestyi wyrośli adenoidalnych. Wyrośle adenoidalne u głuchoniemych.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego w dniu 21/IV 1891 r.)

Podał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryjum dla chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu ewangielickim w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 23.)

Przerost migdałka gardzielowego jest u nas cierpieniem bardzo częstem. W ciągu ostatnich trzech lat spostrzegałem 150 przypadków wyrośli adenoidalnych, z których 80 operowałem. Nie będę tu wyliczał wszystkich narzędzi i różnych sposobów operowania, odsyłając po te szczegóły do wyżéj przytoczonéj mojéj pracy. Przedstawiam tu szan. Panom najważniejsze instrumenta, z tych najczęściéj posługuję się w ostatnich czasach zmodyfikowaną skrobaczką Goldsteina i kleszczami Jurasza. Zaznaczę tylko, że obecnie o wiele częściéj operuję wyrośle w półuśpieniu chloroformowem, niż to czyniłem dawniéj. Pod chloroformem operowałem 25 przypadków. Za sposobem tym przemawia oszczędzenie bólu choremu, w większości przypadków dziecku, a głównie możność doszczętnego usunięcia cierpienia na jednem posiedzeniu.

Dziecko znajduje się podczas operacyi w pozycyi półsiedzącéj; chloroformu dajemy tyle tylko, aby zostały znie-

sione ruchy samowolne, z zachowaniem jednak odruchów mimowolnych: kaszlu, wykrztuszania i t. d. Chory jest obrócony twarzą do światła dziennego. Jeżeli migdały są powiększone, to te naprzód wycinam, przez co zyskuję więcéj miejsca i łatwiejszy dostęp do jamy nosogardzielowéj. Następnie wchodzę odpowiedniemi narzędziami do téj jamy i usuwam częściowo wyrośle, kontrolując od czasu do czasu palcem, co zrobiono, a co zostaje jeszcze do zrobienia. Zbytecznem jest dodawać, że palec przed każdem wprowadzeniem do jamy nosogardzielowéj dokładnie opłukuję w sublimacie 1—1000, każdy zaś instrument wyjmuję wprost z 5% kwasu karbolowego, w którym wszystkie leżą na pół godziny przed rozpoczęciem i podczas całéj operacyi. Po skończonéj operacyi badam raz jeszcze całą jamę nosogardzielową palcem i zeskrobuję paznogciem wszystkie drobne resztki pozostałe, poczem przestrzykuję nos i gardziel płynami antiseptycznemi dopóty, dopóki nie ustąpi krwawienie.

W ostatnich czasach niezależnie od przestrzykiwania owijam palec gazą jodoformową zmoczoną w sublimacie 1 na 1000 i silnie wycieram całą jamę nosogardzielową. Niezmiernie ważną jest rzeczą, aby nie zostawiać naderwanych strzępków, lecz w ogóle starać się, aby rana była gładką, te bowiem niedokończone operacyje dają często krwotoki wtórorzędne.

Dzięki tym ostrożnościom nie spostrzegałem nigdy po tych operacyjach gorączki itd, t. j. spraw septycznych, z wyjątkiem jednego przypadku, o którym niżéj będzie mowa. W rzadkich przypadkach, gdzie nieco więcéj podano chloroformu, spotyka się wymioty krwawe skutkiem spłynięcia krwi do żołądka, co trzeba mieć na uwadze i otoczenie uprzedzić o możności tego objawu.

Po operacyi zostawiam takich chorych przez pierwsze trzy doby w domu i czwartego dnia dopiero przemywam nos po raz pierwszy, a ósmego po raz drugi i na tem kończy się cala kuracyja. O wiele dłużéj ciągnie się leczenie, gdy operujemy bez chloroformu. Wymaga to zwykle kilku posiedzeń operacyjnych co 8 lub 10 dni i wówczas znieczulam 20% rozczynem kokainy, pędzlując nią od strony nosa, częściéj od strony gardziela. U osób starszych nigdy chloroformu nie używam, gdyż są cierpliwsi i wytrzymalsi. U osób wyżéj 20 lat wieku wyrośle są daleko twardsze i silniéj krwawią niż u dzieci.

W jednym tylko przypadku miałem bardzo poważne powikłania po operacyi, przytoczę go więc tutaj jako niezwykle pouczający.

Gitla K., lat 10, blada, szczupła, usta wciąż otwarte. Chrapie przez sen, katary nosa ciągłe. Nieżyt nosa przerostowy. Migdał lewy nieco powiększony. Jama nosogardzielowa całkowicie wypełniona wyroślami.

30/X 1890 przy pomocy kol. Horodyńskiego usunąłem wyrośle w półuśpieniu chloroformowem. Po skończonéj operacyi nos dokładnie przestrzyknąłem 3% kwasem borowym. Widziałem chorą 3 i 6 listopada i stan jéj znalazłem zupełnie zadowalającym: gorączki nie było, apetyt dobry, śpi spokojnie. 8/XI wyjąłem tampon. 13 i 15/XI bardzo obfite krwotoki nosem i gardłem, które mogłem zatrzymać tylko tamponadą tylną z gazy jodoformowéj.

18/XI po wyjęciu tamponu, wymyciu dokładnem nosa znaleźliśmy wraz z kol. Kijewskim w nosie i na nozdrzach tylnych białoszare, grube błony dyfterytyczne. Stan ogólny zły: chora wycieńczona, blada, apatyczna, ciepłota 38·4 do 39·6° C. Tętno drobne, słabe, 140 uderzeń na minutę. Leczenie nasze polegało na dokładnem wymywaniu jamy nosogardzielowéj, poczem pędzlowaliśmy mocną nalewką jodową, natrzepując miejsca błonicą zajęte, następnie zakładaliśmy za pomocą rurki Belocqa tampony z gazy jodoformowéj. Leczenie takie trwało około 2 tygodni, w ciągu tego czasu stosowano jodynę 5 razy i zmieniano tampony 7 razy.

Podczas tego leczenia krwotoki już się więcéj nie powtarzały i w tydzień po rozpoczęciu kuracyi chora przestała gorączkować.

22/XI t. j. w trzy tygodnie po operacyi przyłączyło się obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, które jednak w kilka tygodni pomyślnie przeszło. Słuch zupełnie powrócił. Od połowy grudnia dziewczynę można było już uważać za zupełnie zdrową.

Etyjologija tych krwotoków była dla mnie początkowo zupełnie ciemną, późniéj dopiero przyznano mi się, że pomimo zakazu przestrzyknięto choréj nos w domu strzykawką używaną poprzednio u dziecka chorego na błonicę. Tak więc mieliśmy tu do czynienia z błonicą przyranną. Jestto, o ile mi wiadomo, jedyny opisany tego rodzaju przypadek. Krwotoki wtórorzędne po operacyi wycięcia przerosłego migdałka gardzielowego zdarzają się nie zbyt rzadko, bywają one jednak w ciągu pierwszych 24 do 48 godzin. We własnéj praktyce nie spostrzegałem nigdy tego powikłania, jak również żadnego innego z opisywanych, opisany wyżéj jest jedynym, w którym przebieg pooperacyjny był nieprawidłowym.

Tamowanie krwotoków po operacyjach w jamie nosogardzielowéj nie przedstawia żadnych trudności. Nieocenionym i nie dającym się zastąpić instrumentem, jest rurka Belocqa. Przy jakiéj takiéj wprawie w ciągu kilku minut można tak szczelnie zatamponować jamę, że każdy krwotok się wstrzyma. Krwotoki następowe bywają najczęściéj u dorosłych po wycięciu wyrośli, o czem zawsze pamiętać należy, a nawet dla ostrożności, gdy chory daleko od nas mieszka i niemożemy zbyt prędko stawić się na jego wezwanie, nie zawadzi zatamponować jamę nosogardzielową tuż po operacyi i zostawić tampon całą dobę.

Korzystając z łaskawego pozwolenia Dyrektora Instytutu głuchoniemych w Warszawie Dra med. Zieńca, zbadałem nos, gardziel i jamę nosogardzielową u 160 pensyjonarzy. Chłopców w téj liczbie było 92, dziewcząt 68. Badania moje miały na celu wykazanie, jak często spotyka się u głuchoniemych wyrośle adenoidalne i o ile te ostatnie wpływają na powstawanie głuchoniemoty.

Obszerniejszą pracę wraz z protokółami badań ogłoszę w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Tutaj podaję tylko krótkie jéj streszczenie.

Wyrośle adenoidalne w większym lub mniejszym stopniu znalazłem u 92 osobników, t. j. 57·5% wszystkich badanych przeze mnie głuchoniemych.

Na 92 chłopców były one u 52 t. j. 55·4%
„ 68 dziewcząt „ „ „ 40 t. j. 58·7%

Kafeman, który zbadał 2238 dzieci w szkółkach ludowych znalazł wyrośla u 7·8%. Na 650 chorych, których przyjąłem w ciągu roku zeszłego w ambulatoryjum szpitala ewangielickiego, znalazłem wyrośle u 45 t. j. 7%. Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że u głuchoniemych spotyka się przerost migdałka gardzielowego bez porównania częściéj, niż u innych osób.

Z ogólnéj liczby badanych głuchoniemych (160) nie znalazłem żadnych zmian:
w nosie u 33 chłopców i 18 dziewcząt t. j. 51 razy
w gardzielu u 34 chłopców i 14 dziewcząt t. j. 48 razy,
w jamie nosogardzielowéj u 32 chł. i 19 dziew. tj. 51 razy.
Żadnych zmian w nosie, jamie nosogardzielowéj i gardzielu jednocześnie nie było tylko u 20 osób.

Tutaj zwrócimy uwagę tylko na tych 92 głuchoniemych, u których znaleziono wyrośle.

Badanie jamy nosogardzielowéj wykonać się dało przeważnie lusterkiem, u 30 tylko mniejszych dzieci badanie to

wykonać zmuszony byłem palcem. U znacznéj większości *rhinoscopia posterior* była tak łatwo znoszoną, że obrazy z łatwością rysowaćby można było. Z tego więc powodu chcę tutaj opisać najczęstsze formy wyrośli, jakie widziałem w lusterku. Rozdzielam je na pięć grup.

I. Wyrośle wypełniające całą jamę nosogardzielową jednolitą, bezkształtną masą tak, że trudno orzec, gdzie się ich punkt wyjścia znajduje. Formę tę spotkałem u 10 osobników.

II. Wyrośle soplaste podobne do ostrokręgów stalaktytowych mniejsze i większe, sięgające niekiedy do dolnego brzegu nozdrzy tylnych. Bywają one w postaci jednego lub kilku nawet sopli wyrastających ze stropu. Znalazłem je u 23 głuchoniemych.

III. Wyrośle guzowate, t. j. mające wejrzenie odcinka mniejszej lub większéj kuli, zdarzają się one tak na stropie, jak i na tylnéj ścianie. Spotkałem je 13 razy.

IV. Wyrośle brodawkowate, t. j. w postaci mniejszych i większych guziczków podobnych do brodawek skórnych, grochu i t. p. Występują zwykle w większéj liczbie. Spotkałem je 6 razy. W jednym przypadku na większym guzie stropu siedział jeden taki guziczek wielkości grochu, jakby *appendix*.

V. Najczęstszą formę stanowią wyrośle płaskie, gdyż spotkałem je u 50 osobników. Znajdują się one na stropie, na tylnéj i bocznych ścianach jamy nosogardzielowéj. Występują niekiedy w postaci wałków płaskich obok siebie ułożonych i rozdzielonych bruzdami, lub też wałków wypełniających *fossae Rosenmülleri*. W dwóch przypadkach dokładnie skonstatowałem, że wyrośle takie wyściełały formalnie całą powierzchnię jamy nosogardzielowéj dosyć grubą, jednolitą, bladoróżową warstwą tak, że wcale nie było widać otworów trąbek Eustachijusza.

Co się tyczy miejsca usadowienia wyrośli adenoidalnych, najczęstszym bez kwestyi jest strop, potem tylna ściana, najrzadziéj ściany boczne. Rzadko stosunkowo bywa tak, aby z jednego tylko z wymienionych punktów rozwijały się wyrośle, przeważnie bywają z dwóch z nich lub i ze wszystkich naraz.

Niezwykle często spotykałem wyrośle boczne u głuchoniemych (23 razy) w porównaniu z takiemiż wyroślami u innych osób.

Zwróćmy się teraz do zmian, jakie spotkałem w gardzielu i w nosie u głuchoniemych mających przerost gruczołu Luschki. Najczęstszem powikłaniem wyrośli adenoidalnych w gardzielu był przerost migdałków podniebiennych, gdyż znalazłem go 52 razy (u 29 chłopców i 23 dziewczynek), co wynosi 56·5%. Kafeman znalazł na 201 dzieci z przerostem migdałów podniebiennych 45 razy wyrośle, t. j. u 22·4%. Z tego wynika, że *tonsillitis hypertrophica* współcześnie z wyroślami dwa razy częściéj zdarza się u głuchoniemych, niż u innych dzieci.

Nieżyt nosa przewlekły znalazłem u chłopców 17, u dziewcząt 12 razy.

Nieżyt przerostowy nosa u chłopców 15 u dziewcząt 10 razy.

Polipowate zwyrodnienie muszel znalazłem u 6 osób.

Nieżyt ziarnisty gardziela u 16.

Nieżyt boczny (*pharyngitis lateralis*) w wysokim stopniu 4 razy, w mniejszym stopniu o wiele częściéj.

Nieżyt gardziela przewlekły 15 razy.

Raz jeszcze przypominam, że wszystkie te cyfry dotyczą tylko tych 92 osób, u których znalazłem wyrośle adenoidalne. Były zmiany w gardzielu i nosie i u innych głuchoniemych, po te jednak szczegóły odsyłam do obszerniejszéj pracy, którą mam zamiar ogłosić w niedalekiéj przyszłości.

W pracy mojéj drukowanéj w roku 1889 w *Gazecie Lekarskiéj* („Wyrośle adenoidalne") wspomniałem, że Dr. Peisson (*Thèse de Paris* 1883), który badał 100 uczniów w paryskim Instytucie głuchoniemych, znalazł więcéj niż u połowy z nich wyrośle adenoidalne i przypisuje im nader ważną rolę w etyjologii głuchoniemoty. Twierdzi on, że w przypadkach dziedziczności tego kalectwa nie należy szukać przebytego zapalenia opon mózgowych (*meningitis*) lub opon i labiryntu (*meningolabyrinthitis*), które bynajmniéj nie są dziedzicznemi, lecz wyrośli adenoidalnych. Że dziedziczność pod tym względem odgrywa ważną rolę, przekonywamy się codziennie, znajdując wyrośle u dzieci i rodziców. Trautmann, B. Fraenkel i wielu innych autorów są tegoż zdania.

Objaśnić to można w ten sposób, że wyrośle w takich przypadkach rozwijają się w bardzo wczesnem dziecięctwie i umiejscowiając się przeważnie naokoło wylotu trąbki Eustachijusza pozbawiają zupełnie słuchu. Dziecko więc, które zupełnie nie słyszy, nie odbiera tą drogą żadnych wrażeń i przez to nie może nauczyć się mówić. Otóż praca Peisona dała mi impuls do przeprowadzenia powyższych badań. W zupełności potwierdzają one wnioski, do jakich doszedł Peisson.

Praktyczny wniosek z mojéj pracy można wysnuć taki, że każdy lekarz, który skonstatuje u dziecka głuchoniemotę nie ulegającą wątpliwości, powinien zwrócić przedewszystkiem uwagę na jamę nosogardzielową i w razie istniejących wyrośli adenoidalnych poddać dziecko operacyi bez względu na najmłodszy wiek. Im wcześniéj operacyja będzie dokonaną, tem więcéj będzie szans przywrócenia słuchu, a co zatem idzie i mowy. Długiego na to potrzeba czasu, bardzo wielu ścisłych obserwacyj, całego szeregu operacyj, aby hypotezę tę potwierdzić, dla niektórych jednak przypadków głuchoniemoty wydaje mi się ona być prawdopodobną.

Równocześnie ze mną badał u tychże osób słuch i uszy Dr. Modrzejowski i protokóły badań naszych mamy zamiar jednakowo zanumerować tak, że życzący zająć się tą kwestyją daléj, znajdzie już cząstkę nagromadzonego materyjału.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. J. Zielewicz: Żywot Karola Marcinkowskiego. Poznań 1891, in 4-to, str. 151 z 17 fotogr.

Znany zaszczytnie w piśmiennictwie lekarskiem autor występuje z pracą, przeważnie treści historycznéj, oddając hołd należny wielce zasłużonemu lekarzowi — obywatelowi, którego pamięć na głównem polu jego zbawiennéj działalności zapewne żywo się utrzymuje, poza temi granicami atoli mogłaby z czasem zaginąć u pokoleń późniejszych, w ciężkiéj walce o byt coraz bardziéj w kierunku praktycznym zatapiających się. A jednak pamięć Marcinkowskiego drogą być powinna każdemu lekarzowi polskiemu, dał on bowiem przykład, jak mimo sił skromnych można zdziałać dużo dobrego pracą nieznużoną, świadomie do pewnego, wytkniętego celu zmierzającą. Z góry więc należy się autorowi szczera wdzięczność za to, że z całą miłością, z jaką brat młodszy szuka szczegółów odnoszących się do życia brata starszego, dawno zmarłego, zebrał ze źródeł najlepszych wszystko, co zdolne rzucić światło na to drogie dla nas życie, i że zdołał odwzorować postać szlachetnego i prawdziwie czcigodnego lekarza, który nie wyrósł ni z roli ni z soli, a jednak tylko cnotami swemi bez żadnego mandatu wyszedł na przewódzcę w Księstwie Poznańskiem, przywódzcę powszechnie uznanego i chętnie słuchanego. Niezwykła snać siła moralna tkwiła w tym synie mieszczańskim, w tym lekarzu o wątłem ciele, gotowym jednak w każdéj porze spieszyć do łoża boleści bliźniego! Mąż ten rzadkiéj cnoty i poświęcenia pełen odżył pod piórem autora a obraz jego staje przed nami, jakby wyszedł z pod pędzla biegłego malarza; my, cośmy go za życia nie znali, nie możemy wprawdzie ocenić podobieństwa rysów, ale czujemy, że ta-

kim był, że takim być musiał. Przesuwa się przed nami to życie zacne, szlachetne, wylane dla narodu, dla bliźnich, ideał altruizmu; poznajemy jego walki i cierpienia, jego niezmużone dążenia i starania koło dobra drugich. Ludzie téj miary zdarzają się niestety rzadko, przynoszą oni ze sobą na świat posłannictwo wielkie, zbawienne, a dzieła i zasługi ich nie giną z ich śmiercią!

Z prawdziwą miłością zabiera się autor do kreślenia życiorysu Marcinkowskiego, zebrawszy i uporządkowawszy wszystko, co po nim pozostało, starając się nic nie uronić z téj skromnéj ale drogiéj spuścizny, kreśli tło dziejowe, na którem jaśniał nieboszczyk, przechowuje nam z fotografij wizerunki wszystkich tych zasłużonych mężów, którzy razem z nim pracowali, jakoto: jenerała Chłapowskiego, hr. Mielżyńskiego, księży: Brzezińskiego, Jabczyńskiego, obywateli: Łękowickiego, Szoldrzyńskiego, Stablewskiego, Gustawa Potworowskiego, Wojciecha Lipskiego, Libelta, Moraczewskiego, Poplińskiego, Kraszewskiego, lekarzy; Kapuścińskiego, Freudenreicha, następnie opisuje wiosnę życia jego (rozd. I); losy jego w początkach praktyki i w obozie (rozd. II); życie w emigracyi (rozd. III); program pracy organicznéj rozwinięty za powrotem do kraju (rozd. IV); ostatnie lata krótkiego jego życia i zgon (rozd. V); dwa następne rozdziały poświęca największéj jego kreacyi: Towarzystwu pomocy naukowéj (rozd. VI); działaniu jego w praktyce i piśmiennictwie (rozd. VII). (Rozdział ten przez życzliwość autora był dosłownie umieszczony w Nrach 12, 13 i 14 tygodnika naszego, dlatego choć to rozdział pod względem lekarskim najważniejszy, w przekonaniu, że treść jego szan. czytelnikom naszym dobrze jest znaną, nie rozpisujemy się nad nim). Ostatni rozdział stanowią w dodatku listy Marcinkowskiego, pisane do przyjaciół i ich rodzin, do rodziny własnéj i t. d., oraz akta, jak pismo Akademii paryskiéj, wystósowane do Marcinkowskiego, testament jego, korespondencyja z władzą duchowną, statut Towarzystwa pomocy naukowéj, spis osób wchodzących w skład dyrekcyi tego Towarzystwa od założenia aż do chwili obecnéj i t. d.

Tym sposobem w krótkim i zwięzłym zarysie podaje nam autor dzieje Księstwa Poznańskiego od chwili przejścia Wielkopolski pod panowanie pruskie; czytając jego książkę napisaną pięknie, językiem wolnym od skazy i stylem ponętnym, zapoznajemy się z głównemi osobami, które w téj dzielnicy i w owym czasie przodowały pomiędzy obywatelstwem w cnotach i poświęceniu, a wszyscy ci zasłużeni, bez różnicy pochodzenia, stanu i zawodu, milcząco i chętnie uznają przewodnikiem swoim skromnego syna mieszczańskiego, którego słuchają wszyscy, podziwiając jego cnotę i mądrość. Że ten bez mandatu dobrowolnie przewodnikiem uznany obywatel był lekarzem, to dumą napawać powinno każdego lekarza polskiego; tem większa należy się wdzięczność autorowi, że piękną swą pracą umożebnił nam poznanie téj perły pomiędzy lekarzami polskimi: — a jakkolwiek przyznać musimy, że w biednéj naszéj prowincyi książki i dzienniki zbyt wielkiego nie znajdują pokupu, tuszymy sobie, że stanie się wyjątek dla książki w mowie będącéj, gdyż każdy lekarz poczyta sobie zapewne za obowiązek, zapoznać się z żywotem Karola Marcinkowskiego, a nie wątpimy wcale, że niechętnie rozstanie się z opisem żywota, o którym szan. autor słusznie bardzo się wyraża, że czytelnik znajdzie w nim dużo do podziwiania i do naśladowania!

L. B.

Choroby wewnętrzne.

Federn (Wiedeń). **O niedomodze częściowéj jelit i jéj związku z chorobą Basedowa i innemi chorobami.**

Przez niedomogę częściową jelit należy rozumieć stan patologiczny, w którym pewna część jelita grubego nie jest w stanie się wypróżnić w skutek tego, że kał w tem miejscu ściśléj przylega, wywołując skurcz ściany jelita. Sprawy téj chorobowéj dotąd nikt nie omawiał, jedynie Thure Brand wspomniał o niéj ustnie Drowi Latzko. Rozpoznanie choroby opiera się: 1) na wrażliwości przy dotknięciu, która może ograniczyć się do miejsca dotknięcia lub też sprawia, że chory reaguje bólem na obwodzie, kaszlem i t. p. 2) na zmianach wypukowych. Badanie odbywać się winno w sposób bardzo skrupulatny: chory leży poziomo z lekko podniesioną głową i zgiętemi w stawach kończynami. Opukiwanie ma być słabe i odbywać się na palcu w ten sposób, że się posuwa naprzód największéj o szerokość palca. Odgłos jest zwykle bębenkowy, mniéj lub więcéj jawny, w dolnéj części jelita zstępującego często stłumiony lub czczy, po stronie lewéj niższy niż po prawéj (Skoda). W niedomodze zaś pewne części jelita mają odgłos przytłumiony lub stłumiony, a rozpoznanie jest pewnem, jeżeli kilkakrotnem badaniem stwierdzimy w jednem i tem samem miejscu stłumienie. Choroba ta dość często występująca pozwala rokować dobrze, pamiętać jednak trzeba, że często wraca. Siedzibą choroby jest najczęściéj jelito zstępujące, rzadziéj poprzeczne i wstępujące. Leczenie polega na podawaniu w przypadkach ostrych środków przeczyszczających i to tak długo, aż objawy wypukowe znikną, w przypadkach zaś przewlekłych stosuje się miesienie i faradyzacyję. Faradyzacyja odbywa się w ten sposób: jeden biegun na miejsce chore, drugi mniejszy na dolną część jelita, siłę prądu coraz się zwiększa, aż stłumienie i wrażliwość przy ucisku zupełnie ustąpią, do czego zwykle 10—15 minut wystarcza. Lepiej jeszcze dać jeden biegun (najlepiej zwilżony 50% roztworem wodnym lanoliny dla uniknięcia drażnienia błony śluzowéj) do odbytnicy, gdyż w ten sposób wywołujemy zarazem wypróżnienie stolcowe. Znaczenie tego na pozór małego zboczenia jest ogromne i często jest ono momentem wywołującym ciężkie cierpienia. Najważniejsze są zboczenia w czynności jelit. Dość często istnieje zaparcie stolca, częściej jednak biegunka, jużto naprzemian z zaparciem, już też samoistnie występująca. Biegunka ta na tle niedomogi opiera się wszelkim środkom ściągającym, któremi się zwykle chorych karmi, a tylko uwzględnienie tła choroby naprowadza na leczenie racyjonalne. Równie często zdarzają się zaburzenia żołądkowe. Tu należy niestrawność i t. zw. *febris gastrica*, którą się zwykle bierze za dur brzuszny nieregularny, a która wyleczyć da się tylko środkami przeczyszczającemi szybko i pewnie. Niedomoga jelit często jest przyczyną duszniey sercowéj w przebiegu miażdżycy tętnic, arytmii serca, nawałów krwi do głowy i t. p. Także w początkach gruźlicy płuc występujące objawy dyspeptyczne i jelitowe uważać należy za skutek niedomogi, a autor radzi w tych przypadkach dokładnie badać jelito grube. Zaburzenia w sferze nerwowéj zdarzające się są następujące: nerwobóle, połowiczy ból głowy, nerwice ogólne, maciennica, i choroba Basedowa. Badania autora nad związkiem przyczynowym między niedomogą jelit a chorobą Basedowa dozwalają twierdzić, że niedomoga jest prawie stałą tejże komplikacyją a może nawet i momentem wywołującym. Niektóre objawy ch. Basedowa, jak przyspieszenie akcyi serca, drżenie, poty a nawet wól, udało się autorowi usunąć w okresie początkowym faradyzacyją jelit. Co do istoty choroby to autor skłania się do zdania Möbiusa, który uważa ch. Basedowa za skutek zmian w gruczole tarczykowym, przez co staje się niezdolnym do niszczenia ptomatynów w krwi krążących — i dodaje, że punktem wyjścia ptomatynów a więc i choroby jest chore jelito. Spostrzeżenia na sekcyjach z lat ostatnich zdają się to potwierdzać, często bowiem widziano zmiany w naczyniach limfatycznych jelit, obrzmienie kępek Peyera i nastrzykanie błony śluzowéj. Choroba Basedowa polega według autora na zwiększonéj drażliwości układu nerwowego a mianowicie mózgu lub też mózgu i rdzenia przedłużonego, w której z powodu zaburzeń w narządach obwodowych, szczególniej jelit, występują łatwo objawy mózgowe i ze strony nerwu współczulnego. Co do leczenia to faradyzacyja jelit jest zabiegiem najodpowiedniejszym, raz że przez drażnienie nerwów jelitowych zostaje w drodze odruchowéj pobudzony i nerw błędny, w skutek czego akcyja serca wolnieje, a powtóre, że faradyzacyja leczy niedomogę, która przez drażnienie nerwu współczulnego jest przyczyną przyspieszenia akcyi serca (*Wiener Klinik* zeszyt 3 i 4 z r. 1891).

Dr. Ebersohn.

Położnictwo.

Klein Gustaw: **Mechanizm stawu krzyżowo-biodrowego.**

W r. 1889 podał Walcher ciekawe spostrzeżenia, dotyczące miednic płaskich, mianowicie, że wymiar prosty wchodu (*conjugata vera*) nie jest stałym, ale zmienia się zależnie od postawy (ułożenia ciała) dotyczącéj osoby. Twierdzenie to Walchera potwierdza autor w zupełności, nadto podaje warunki, wśród których zmiana wymiaru prostego następuje i stara się w sposób naukowy przyczynę tego ciekawego zjawiska wytłomaczyć. Wyniki jego doświadczeń przeprowadzonych z wszelką możliwą ścisłością na świeżych zwłokach ludzkich obojéj płci, dają się zebrać krótko: 1) Wymiary proste wszystkich miednic (prócz miednic z ankylozą w stawach krzyżowo-biodrowych) są zmienne i wśród fizyjologicznych warunków się zmieniają; wymiary poprzeczne okazują tę samą własność, ale w znacznie niższym stopniu. 2) Zmienność tę wymiarów wykazać można na miednicach mężczyzn i kobiet, osób młodych i starych, na miednicach prawidłowych i patologicznych; ale najwybitniéj występuje w miednicach kobiecych i płaskich. 3) Przyczyną tego zjawiska jest w małéj części elastyczność kości, przeważnie zaś rotacyja w stawach krzyżowo-biodrowych i to rotacyja dokoła osi czołowéj (przebiegającéj poziomo z boku na bok). 4) Celem zrozumienia mechanizmu należy sobie wyobrazić kość krzyżową jako część ustaloną, ruch zaś rotacyjny wykonywa cała zresztą miednica. Jeżeli sobie wyobrazimy miednicę przeciętą na dwie symetryczne połowy (prawą i lewą), to na przekroju oś czołowa, dokoła któréj ruch się odbywa, przedstawi się w kształcie punktu. Punkt ten (obrocie) leży według doświadczeń autora poza drugim kręgiem krzyżowym, a więc poniżéj i poza wzgórkiem kości krzyżowéj (*promontorium*). Jeżeli uwzględnimy tylko spojenie łonowe i zastanowimy się, jaką drogę odbywa spojenie podczas tego ruchu rotacyjnego, to odpowiedź możemy sobie znacznie ułatwić, jeżeli na wyż wzmiankowanym przekroju miednicy przyłożymy jeden koniec cyrkla do obrocia, tj. punktu przedstawiającego przeciętą oś czołową, a więc poza drugim kręgiem krzyżowym, a drugi koniec na spojenie łonowe. Drugim tym końcem zataczamy teraz łuk w górę i na dół. Łatwo się przekonać, że wszystkie punkty na łuku będącym powyżéj prawidłowego spojenia łonowego leżą bliżéj wzgórka kości krzyżowéj, wszystkie zaś punkty poniżéj spojenia leżą od wzgórka daléj. Innemi słowy: spojenie łonowe przy ruchu w górę zbliża się do wzgórka kości krzyżowéj, przy ruchu na dół zaś oddala się od wzgórka; jeszcze innemi słowy: wymiar prosty w pierwszym przypadku zmniejsza się, w drugim zwiększa. Nasuwa się pytanie, kiedy w warunkach fizyjologicznych ruch ten rotacyjny ma miejsce. Otóż u osób żywych i na zwłokach ruch ten występuje przy zmianie w ułożeniu kończyn. Za punkt wyjścia posłuży nam położenie zwykłe na wznak z nogami w stawach biodrowych i kolanowych wyprostowanemi. Przy zwieszeniu nóg (*hyperextensio*)), co jest możliwe, jeżeli n. p. pośladki spoczywają na krawędzi stołu lub łóżka, występuje rotacyja ku dołowi, spojenie łonowe obniża się, wymiar prosty powiększa się. Wprost przeciwnie dzieje się, jeżeli nogi zostaną zgięte w stawach, uda przybliżone do brzucha, jak n. p. zwykle układa się kobietę do zabiegów kleszczowych, wtenczas miednica rotuje się ku górze, spojenie podnosi się, wymiar prosty się zmniejsza. Różnica największa możliwa, a więc między wymiarami podczas hyperfleksyi i hyperekstenzyi wynosi do 1 ctm, jestto cyfra przy miednicach płaskich pokaźna.

Autor zdaje sobie sprawę, że badania te jego nie mogą mieć wielkiego wpływu na praktykę położniczą, utrzymuje jednak, że bez znaczenia one nie są. Objaśnia to przykładem. Poród przeciąga się, lekarz bada kobietę leżącą na wznak w łóżku i z badania tego oblicza wymiar prosty na 8·2 ctm. Widzi wskazanie do obrotu i ekstrakcyi. Ekstrakcyję wykonywa na łóżku poprzecznem z udami zbliżonemi do brzucha. Wymiar prosty zmniejszył się do $7\frac{1}{2}$ ctm. Wydobycie główki niemożliwe, a więc kraniotomija na główce następującéj. Przy nogach zwieszonych wymiar prosty byłby miał 8·4 ctm., a wtenczas może i życie dziecka dałoby się było uratować.

Wywody swoje teoretyczne popiera autor badaniami nad anatomiją stawu krzyżowo-biodrowego i opisem szeregu zmyślnie i ściśle wykonanych doświadczeń, których bliższe podawanie przekraczałoby granice referatu. (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynaek.* XXI, 1, 1891). *Dr. Al. Rosner.*

Choroby umysłowe.

Hebold: **Leżenie w łóżku i cela.**

Na posiedzeniu Towarzystwa psychijatrów w Berlinie odbytem 15 grudnia r. z., miał Hebold ze Sorau wykład o dodatnich i ujemnych stronach leczenia chorych umysłowych leżeniem w łóżku. H. przekonał się, że leżenie w łóżku oddać może wielkie usługi i zastąpić w części umieszczanie chorych w celach odosobnionych. I tak chorych osłabionych z zmianami naczynioruchowemi w nogach, najczęściéj dotkniętych niedołęztwem porażennem, należy utrzymywać w łóżku, gdyż napady, nierzadko śmiercią się kończące, stają się rzadsze. Chorych z przygnębieniem umysłu, wzbraniających się przyjmować pokarmy, należy również w łóżku trzymać, aby spokojem zapobiegać zbytniemu osłabieniu. Epileptycy leżąc w łóżku, są w czasie napadu mniéj dla otoczenia niebezpieczni, sami zaś w mniejszym stopniu na obrażenia narażeni. Nawet chorzy chętnie zanieczyszczający się, prędzéj od tego odwykają, bo leżąc w łóżku łatwiéj mogą być nadzorowani. Chorzy z podnieceniem umysłu uspakajają się prędzéj w łóżku, niż w celi odosobnionéj, a i mniejsze wówczas zagraża im niebezpieczeństwo obrażenia się w czasie ich szału.

Zarzucaną jako niekorzyść przy stosowaniu łóżka łatwość onanizowania się chorych raczéj za korzyść poczytać należy, bo chory może być ściśle dozorowanym, gdy przeciwnie umieszczony w celi jest sam sobie pozostawiony. Natomiast ważną niekorzyścią stosowania łóżka jest anemija, jaka u chorych tych występuje. Ztąd to należy wszystkim chorym w porze letniéj nakazać używanie ruchu na wolnem powietrzu. Jako niekorzyść uważać należy odleżyny łatwo u chorych tych występujące; jeżli się jednak pilnie przestrzega przekładań Guddena i ta niekorzyść w największéj części przypadków odpada.

Postępowanie to jednak wymaga licznéj i sumiennéj służby, a mimo, iż korzyści są znaczne, przecież niejednokrotnie trzeba zrobić użytek z celi, a to odosobniając w nocy chorych niespokojnych lub niebezpiecznych dla innych. (*Allg. Ztschr. f. Psychiatrie.* 1891, T. 47, z. 5).

Dr. Wachholz.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Tangl opisuje dokładnie przypadek grużlicy języka, powstałéj pod wpływem leczenia środkiem Kocha. Po 14-éj injekcyi pojawiły się u chorego dotkniętego grużlicą płuc na języku pęcherzyki, które pękały i pozostawiały owrzodzenia do aft podobne. Przy dalszem stosowaniu limfy Kocha wytworzył się rozległy wrzód, a w jego otoczeniu występowało coraz więcéj nowych gruzełków. Chory ten umarł, a T. miał sposobność obserwować zmiany opisane za życia i badać je dokładnie na zwłokach. Badanie to wykazało, że zmiany na języku były niewątpliwie pochodzenia grużliczego. Szczególnéj reakcyi (nekrozy lub nacieku) gruzełki nie okazywały. (*Deut. med. Woch.* Nr. 19).

Grawitz w Berlinie doświadczał działania środka Kocha na 32 małpach, z których u 6-ciu rozpoznanie grużlicy przez sekcyję zostało stwierdzonem. Z tych 5 oddziaływało w obec różnych dawek środka słabiéj niż człowiek; u jednego zwierzęcia nawet po dawce 0·2 reakcyi nie było. Z pozostałych 26 zwierząt 17 nie okazywało wcale reakcyi, a u 9 wystąpiły silne objawy reakcyi ogólnéj. U 3 zwierząt, które bez wątpienia były zdrowe, pojawiła się w płucach reakcyja miejscowa w postaci przekrwienia jednego lub więcéj płatów, aż do pneumonii. Z tego powodu G. przypuszcza, że takie przekrwienie lub zapalenie może także wy-

stąpić w zdrowych płucach człowieka. Uderzającą była okoliczność, że we wszystkich ogniskach gruźliczych u małp znajdowały się postacie ziarniste prątków bardzo licznie. Autor przypisuje ropie wpływ na tę zmianę postaci prątków, gdyż najczęściéj według badań jego spotyka się ją w plwocinach ropnych. Brak prątków w zagęszczonych ropnych plwocinach, pochodzących z starych jam, można uważać jako następstwo zupełnego rozpadu. Siła jadu nie zmnie sza się zdaniem G. przez to zziarnienie i rozpad. (*Wien. med. Woch.* Nr. 19).

W Towarzystwie lekarskiem w Królewcu opisywał Petruschky spostrzeżenia swoje na 201 chorych leczonych kochiną. Autor zauważył, że chorzy mają się przedmiotowo i podmiotowo znacznie lepiéj, jeżeli się unika długich przestanków między injekcyjami i wywołania reakcyi z gorączką połączonéj. W tym celu wstrzykiwał P. codziennie stopniując dawki szybko i konsekwentnie, i w ten sposób rozpoczynając od dawki 1 mg. osiągał po 2 lub 3 tygodniach brak reakcyi, a wtedy podnosił dawkę znacznie szybciéj i dawkę 30 do 50 mg. wstrzykiwał przez dłuższy czas. Postępowanie opisane sprowadzało jakkolwiek późne jednak pewne polepszenie. Właściwe działanie kochiny przypisuje P. nie wpływowi reakcyi miejscowéj, lecz powstawaniu odporności ustroju w obec prątków gruźliczych. Ponieważ kochina zawiera produkty przemiany prątków, przeto pierwsze injekcyje tychże w małéj ilości nie przeszkadzają rozwojowi prątków w ustroju, owszem może go nawet ułatwiają; dopiero przez przywyknienie organizmu do większych dawek, można wywołać odporność. Według tego zapatrywania zatem każde indywiduum ma podczas leczenia metodą Kocha do przebycia okres przejściowy obniżenia siły odporności, zanim przejdzie w okres podwyższenia téj siły albo zupełnéj *immunitas*. (*Wien. klin. Woch.* Nr. 17). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22 kwietnia 1891 roku.

Przewodniczący prof. Dr. Gluziński. — Obecnych członków 36.

1) Przewodniczący przedstawia imieniem komitetu na członków koll. Drów Gawlikowskiego Stanisława, Palecznego Bronisława i Wachholza Leona. Zgromadzeni wszystkiemi głosami uchwalają przyjąć ich do Towarzystwa.

2) Prof. Dr. Browicz przedstawia: a) preparaty torbiela trzustkowego, powstałe skutkiem niedrożności przewodu Wirsunga; b) preparat serca, gdzie podczas porodu przyszło do pęknięcia naczynia i wylania się krwi do worka osierdziowego; c) preparat jelita grubego ze zmianami gruźliczemi bez równoczesnych zmian w innych organach. W dyskusyi zabierają głos koll. Mars, Gluziński i prelegent.

3) Kol. Sokołowski przedstawia chorą z pierwotną zmianą kiłową na powiece dolnéj, podaje anamnezę i historyję choroby. W dyskusyi zabiera głos kol. Gluziński i prelegent.

4) Kol. Wojtaszek zdaje sprawę z wyniku doświadczeń robionych z nowym preparatem chemicznym sulfaminolem, zwraca uwagę na działanie tegoż antiseptyczne jako bardzo słabe i zachęca do dalszych badań.

5) Posiedzenie poufne. *Dr. Ludomił Korczyński.*

Posiedzenie z dnia 6 maja 1891 r.

Przewodniczący prof. Dr. Gluziński. — Obecnych członków 36.

1) Przewodniczący przedstawia na nowych członków koll. Stefana Skrzyńskiego i Maryjana Udzielę; zgromadzeni przyjmują ich jednogłośnie.

2) Prof. Korczyński przedkłada imieniem komisyi przemysłowo-balneologicznéj memoryjał do ck. Namiestnictwa, w sprawie koniecznych reform i ulepszeń w Krynicy. W dyskusyi biorą udział koll. Murdzieński, Mars, Madurowicz, Łazarski i prelegent. Zgromadzenie uchwala, aby memoryjał ten wysłać z małą zmianą w układzie.

3) Prof. Obaliński omawia chirurgiję dróg żółciowych z uwzględnieniem literatury i metod operacyjnych, opisuje w krótkości dwa własne przypadki i zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze. W dyskusyi biorą udział koll. Rydygier, Gluziński, Świątek, Obaliński i Kryński.

Dr. Ludomił Korczyński.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 czerwca. Od dni kilku Kraków posiada stacyję ochotniczą ratunkową, powstałą dzięki ofiarności towarzystwa ratunkowego we Wiedniu, a urządził ją umyślnie w tym celu przybyły baron Dr. Mundy, sekretarz tegoż towarzystwa. Stacyja znalazła pomieszczenie w dwu pokojach na parterze w koszarach straży ogniowéj, które we wszystkie możliwe przybory, jako to cztery ławy z odpowiednią pościelą do spania dla pełniących służbę nocną, stoły, szafki itd. uposażone zostały. W szafkach mieszczą się bogate przybory do niesienia pomocy w nagłych potrzebach. Widzieliśmy tam tak narzędzia chirurgiczne do amputacyi, resekcyi, opatrunków, jak i okulistyczne, otyjatryczne, położnicze itd., nawet rurki tchawicze O'Dwyera. W wozowni, przez miasto na użytek stacyi oddanéj, mieszczą się nosze różnéj konstrukcyi i wóz sanitarny nadzwyczaj praktycznie i wygodnie urządzony. W stacyi pełnią służbę uczniowie wyższych kursów wydziału lekarskiego, po czterech na przeciąg doby, w którym to czasie zaalarmowani natychmiast z pogotowiem swem wyruszają. W niedzielę ubiegłą pokazywał baron Mundy przy pomocy 4-ech słuchaczy medycyny z Wiednia wszystkie przywiezione przyrządy zgromadzonym w koszarach straży pożarnéj, tłomacząc ich znaczenie i zastosowanie. W niedzielę o godz. 4-éj po południu wygłosił tenże odczyt dla szerszego koła publiczności, gdzie podobnie jak i w następnym wykładzie dla uczniów Wydziału lekarskiego kilkakrotnie podnosił niektóre zaszczyt miastu przynoszące zarządzenia sanitarne. W poniedziałek zwiedził baron Mundy w towarzystwie kilku radców miejskich i uczniów wiedeńskiego i krakowskiego Wydziału lekarskiego podziemia Wieliczki. We wtorek opuścił Kraków udając się do Wiednia, zkąd w bieżącym tygodniu pospieszy do Tryjestu, aby i tam podobną stacyję utworzyć.

Kierownictwo stacyi krakowskiéj objął prof. Dr. Obaliński, którego staraniom gorliwym miasto stacyję zawdzięcza; jest zatem wszelka rękojmia, iż pod tak poważnem kierownictwem zawiązujące się towarzystwo ratunkowe pomyślnie się rozwinie i spełniać będzie doniosłe swe zadanie.

* Z sprawozdania z posiedzeń Rady szkolnéj krajowéj dowiadujemy się, że p. minister oświecenia przeznaczył 300 złr. subwencyi dla 3 nauczycieli, mających zamiar udać się do Krakowa, celem zapoznania się z zabawami uczniów w parku Dra Jordana. Rada szkolna wezwała dyrekcyje szkół średnich, ażeby przedstawiły odpowiednich kandydatów. W tem zarządzeniu mieści się uznanie zaszczytne dla naszego szan. kolegi i stworzonéj przezeń instytucyi, jaką żadne inne miasto w państwie austro-węgierskiem dotąd szczycić się nie może.

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

Następujące odczyty zgłoszono w sekcyi ginekologicznéj:

1. Prof. Mars (z Krakowa): O gruczolaku złośliwym macicy.

2. Dr. Stroynowski (ze Lwowa): O stosunku *diabetis mellitus* do zmian narządu płciowego niewieściego.

3. Dr. Sielski (ze Lwowa): Mechaniczne leczenie wypadnięcia macicy.

4. Dr. Błotnicki (ze Lwowa): O opatrywaniu resztki pępowiny u noworodków.

5. Dr. Braun (z Krakowa): O postępowaniu w przypadkach pęknięcia macicy.

6. Tenże: Kilka przypadków osteomalacyi wyleczonéj za pomocą wycięcia jajników.

* Do sekcyi psychologicznéj zgłoszono: P. Dawid (z Warszawy): 1) Patologija pedagogiczna jako nauka o wadach umysłu i charakteru dziecięcego; 2) Czy jest pożądane i w jakiéj formie nauczanie psychologii w szkole średniéj.

* Dr. Wiktor Borysiewicz osiadł jako lekarz praktyczny w Załościach.

* W Cieplicach czeskich do d. 1 b. m. było gości 1333.

* Szef sanitarny 1-go korpusu armii w Krakowie, starszy lekarz sztabowy I-éj klasy Dr. Trzebicky, przeniesiony został w stan spoczynku i w uznaniu swych zasług obok podziękowania cesarskiego otrzymał tytuł i charakter jeneralnego lekarza sztabowego z uwolnieniem od taksy. Na jego miejsce szefem sanitarnym mianowany został starszy lekarz sztabowy I-ej kl. Dr. Roman Szeliga. Jeżeli cieszymy się, że naczelną posadę lekarską w 1-ym korpusie armii otrzymał jeden z naszych rodaków, to równocześnie z prawdziwem ubolewaniem żegnamy dotychczasowego naczelnika służby lekarskiéj w tym korpusie, który przez szereg lat bawił śród nas a odznaczając się oraz zacnością charakteru przywiązał się do kraju i miasta naszego, jak do drugiéj ojczyzny, w szczególności zaś zawsze był uprzejmym dla kolegów lekarzy.

* W tygodniu 21-ym (od 24—30 maja) było w Krakowie małżeństw 13, urodzin 50, skonów 39 (27·19), z tych z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 6, z nieżytu żołądka i jelit 4, z duru brzusznego, z dławca i błonicy po 2.

* **Nekrologija**. Dr. Kazimierz Paczek urodzony w roku 1852 umarł d. 30 maja r. b. w Dąbrowie Górniczéj w Król. Polskiem. *Gaz. Lek.* podnosi jego zacność charakteru, pracowitość i skromność.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 19: Wróblewskiego: W kwestyi sztucznych przepuklin; Czajkowskiego: O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżytu gardziela i ich stosunku do tego cierpienia. — W *Medycynie* Nr. 19: Święcickiego: O wtórorzędnym moczotoku w skutek owrzodzeń cewki moczowéj u kobiety. — W *Nowinach Lek.* Nr. 5: Święcickiego: Gdzie powstaje szmer pępowinowy; Drobnika: 20 tracheotomij wykonanych w jesieni 1890 r. w Poznaniu; Pomorskiego: Przyczynek do etiologii czarnéj choroby noworodków. — W *Medycynie* Nr. 20: Thiemego: Cięcie cesarskie z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka. — W *Gazecie Lek.* Nr. 20: Jasińskiego: Przykurczenia stawów histeryczne u dzieci; Wróblewskiego: W kwestyi sztucznych przepuklin (dok.) — *Odczytów klinicznych* Nr. 28: Strümpella: O istocie i leczeniu wiądu rdzenia kręgowego — i Kahlera: O wczesnych objawach wiądu rdzenia kręgowego (wydawane przez redakcyję *Gazety Lek.*). — W *Gazecie Lek.* Nr. 21: Kopffa: O własności chłoniczéj skóry ludzkiéj; Targońskiego: Metoda Thure Branda przy leczeniu zastarzałych zapaleń macicy. — W *Zdrowiu* Nr. 68: Pruszyńskiego: O rozkładzie białka pod wpływem bakteryj; L. Nenckiego i Zawadzkiego: Wyjałowianie mleka czyli sztuczne karmienie niemowląt. — W *Medycynie* Nr. 23: Rybickiego: O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny metodą Pasteura. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Dunina i Dąbrowskiego: Badania histologiczne płuc w przypadku leczonym według Kocha; Biernackiego: Działanie wysokiéj ciepłoty na fermenty trawienne (c. d.); Kopffa: O własności chłoniczéj skóry ludzkiéj (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wł. ZAŁOZIECKI: Bericht ü. d. Wirksamkeit des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose. Czernowitz 1891, in 8-vo str. 16. — Dr. K. WAGNER: O sposobie predložennom Winterom dlia analiza želudocznego soka srawnitelno so sposobami Sjöquista i Minza. St. Petersburgie 1891, in 8-vo str. 34 (odbitka z *Wracza*). — Tenże: K' uczenniu o roli temperatury w zaraźnych zaboliewanijach (z Institutu Pasteura), in 8-vo str. 12. — Dr. ROST: Ueber den Tod durch Herzschlag (odbitka z *Viertelj. f. ger. Med.* 1891), in 8-vo str. 34. — Prof. KISCH Marienbad in d. Saison 1890. Prag 1891, in 8-vo str. 15. Dr. KOEHLER: Dr. Antoni Józef Jagielski, Poznań 1891 (odbitka z Rocznika Tow. P. N. w Poznaniu), in 8-vo str. 6. — Tenże: Dr. Ludwik Gąsiorowski, Poznań 1891 (*ibidem*), in 8-vo str. 15 z portretem. — Tenże: Spis członków Wydziału lek. Tow. P. N., Poznań 1891 (*ibidem*), in 8-vo str. 22. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: Prof. W. F. Szokalski. Wspomnienie pośmiertne (odbitka z *Nowin lek.* 1891), in 8-vo m. str. 7. — Tenże: Skuteczny środek przeciw wypryskowi jodoformowemu (odbitka z *Nowin lek.* 1891) str. 2 — Dr. BARACZ (Lwów): Przyczynek do nauki o promienicy (odbitka z *Przegl. Lek.* 1890) in 8-vo str. 25. — Tenże: Ueber 9 Fälle der mensch. Actinomycose (odbitka z *W. klin. Woch.* 1890) in 8-vo str. 21. — Tenże: Dalsze przyczynki do chirurgii jelit (odbitka z *Przegl. Lek.* 1890), in 8-vo str. 28. — Tenże: Tracheocele mediana (odbitka z *Gaz. Lek.* 1891), in 8-vo str. 7, z ryc. — Tenże: Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych (odbitka z *Nowin Lek.* 1890), in 8-vo str. 3. — Prof. RYDYGIER: O leczeniu ran (Nr. 27 Odczytów klinicznych). Warszawa 1891, in 8-vo str. 16. — Dr. J. ZIELEWICZ: Żywot Karola Marcinkowskiego. Poznań 1891, in 4-to str. 151. — TAMASSIA: Sulla inibizione cardiaco — respiratoria di Browm-Séquard. Venezia 1891, in 8-vo str. 24 (odbitka z *Atti del* t. I, ser. VII. *del R. Istituto Veneto*). Dr. WL. ZAŁOZIECKI: Ueber d. Wuthkrankheit m. b. Berücksichtigung d. am 18/4 1891 in Sadagóra vorgekommenen Verletzungen d. einen wüthenden Wolf. Czernowitz 1891, in 8-vo str. 12. — Dr. M. WENDER: Ueber d. polarimetrischen Nachweis v. Traubenzucker im norm. Harn. (Z pracowni chemicznéj Uniw. czerniowieckiego, odbitka z *Pharm. Post* Nr. 16 z r. 1891 Wiedeń), in 8-vo str. 7. — Prof. Dr. J. SZPILMAN: Pasteur i Koch, dwa odczyty (odbitka z Kosmosu 1891), Lwów, in 8-vo str. 43. — Dr. J. ŁUKASZEWSKI (w Jassach): Opieka nad obłąkanymi (umieszczanie i pielęgnowanie), Lwów 1891, in 8-vo str. 50.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne we Środę dnia 17 czerwca b. r. o godzinie 6 téj wieczorem w sali oddziału kol. doc. Żuławskiego (*szpital św. Łazarza*). — Porządek dzienny: 1) kol. doc. Żuławski: Praktyczne przedstawienie działania nowszych środków nasennych (z demonstracyjami); 2) kol. Wachholz: O sinmethaemoglobinie Koberta i wykryciu kwasu pruskiego i sinków na zwłokach w przypadkach otrucia temiż.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 381. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę I-go asystenta przy klinice położniczéj z płacą roczną 600 złr. w. a. i mieszkaniem bezpłatnem.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15-go czerwca 1891 r.

Kraków dnia 6 go czerwca 1891 r.

Rydel
t. c. Dziekan.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 20 Czerwca 1891. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowej.[1])

Podał
Dr. R. Barącz we Lwowie.

Ponieważ w maju zeszłego roku miałem sposobność obserwować pierwszy przypadek promienicy płuc i klatki piersiowej we wschodniéj Galicyi, a nadto przypadek ten rzuca pewne światło na etyjologiję promienicy płuc, niech mi będzie wolno podać tu szczegóły tego przypadku

Wojciech Jóżków, 45-letni wieśniak z Nowosiółki (koło Skałatu), zgłosił się do mnie 30 maja 1890 r. z przyczyny ropiejącego obrzęku na klatce piersiowéj.

Z wywiadów dowiedziałem się co następuje: Obecna choroba rozpoczęła się z końcem grudnia roku zeszłego od bólu gardła, silnéj gorączki i równoczesnego znacznego obrzęku szyi; chory wtedy nie mógł przez tydzień łykać stałych pokarmów, a tylko z wielką trudnością łykał pokarmy płynne. Po tygodniu obrzęk na szyi miał sklęsnąć i łykanie pokarmów było odtąd coraz łatwiejszem. Według podania od 4 tygodni ma obrzęki na klatce piersiowéj i po prawéj stronie szyi. Od zimy silnie kaszle. Od 2 tygodni cieczenie z obrzęków na szyi i na klatce piersiowéj. Ma częstą styczność z bydłem; sypia na słomie w stajni krów, które mają być zdrowe. Chory pije nałogowo.

Badanie dnia 30/5 1890 wykazało: niskiego wzrostu, dość licho zbudowany, dobrze odżywiony; cera twarzy żółta, wyraz twarzy mocno cierpiący, oddech przyspieszony. Dziąsła i wargi lekko sinawo zabarwione, białkówki modre. Zęby zdrowe, migdałki nie okazują nieprawidłowości. Na szyi po prawéj stronie w okolicy dolnéj części mięśnia mostkoobojczykowego obrzęk płaski, prawie deskowato twardy, nie bardzo ostro odgraniczony, przechodzący na 2 ctm. po za linię środkową na drugą stronę szyi. Skóra tego obrzęku jest lekko zaczerwieniona, obrzęk sam jest mało ruchomy, a na szczycie jego znajduje się miejsce rozmiękłe, wyraźnie chełboczące, wielkości orzecha włoskiego, pokryte pęcherzykami zlewającemi się, wypełnionemi cieczą surowiczą. W środku miejsca chełboczącego znajduje się przetoka prowadząca do jamy ropnia. Na zewnątrz od tego obrzęku znajduje się ropień wielkości sporéj cytryny, chełboczący, zajmujący prawą okolicę nadobojczykową, o skórze prawidłowéj. W odległości 1 ctm. nad obojczykiem znajduje się w środku ostatniego ropnia przetoka, prowadząca na zewnątrz do podminowanéj, sino zabarwionéj skóry, od wewnątrz zaś komunikująca z ropniem pierwéj opisanym. Za pociśnięciem ropni wydobywa się z przetok ropa żółto zabarwiona, ciągnąca się, w któréj pływa mnóstwo grudek wielkości maku, cytrynowo zabarwionych. Z obrzękiem szyi zaczerwienionym stoi w związku rozległy obrzęk przedniéj ściany klatki piersiowéj. Obrzęk ten jest płaski, deskowato twardy, zaczerwieniony i sięga z jednéj strony od łuku jarzmowego do końca mostka, z drugiéj strony od jednéj brodawki piersiowéj do drugiéj; obrzęk ten ma zatem kształt czworoboku. Jest on nad kością mostkową i miejscem przyczepu żeber do tegoż nieprzesuwalny; granice obrzęku tego są rozlane, a zaczerwienienie przechodzi nieznacznie w skórę prawidłową. W dolnéj części deskowatego obrzęku na klatce piersiowéj, w środku tegoż, znajduje się ropien podłużny, płaski, falisty, poprzegradzany głębszemi i płytszemi rowkami, około 10 ctm. długi, a 5 ctm. szeroki; w kilku miejscach tegoż znajdują się przetoki prowadzące wszędzie do obnażonego mostka tak, że cała dolna połowa mostka jest obnażona i chropawa; zgłębnik wchodzi przy tem 3 ctm. w głąb. Z przetok ropnia na klatce piersiowéj wydobywa się obficie podobna ropa, jak z ropni szyjowych z mnóstwem cytrynowych grudek.

Ponieważ i plwociny, które chory podczas badania zewnętrznego odkrztusił, zawierały obficie podobne grudki, co i ropa z obrzęków na szyi i klatki piersiowéj pochodząca, rozpoznanie nie ulegało tu prawie wątpliwości, że rozchodzi się o promienicę płuc i klatki piersiowéj, co też wkrótce badaniem drobnowidowem stwierdzono.

Badanie płuca wykazało: zupełne stłumienie odgłosu wypukowego z tyłu po stronie prawéj w szczycie sięgające do połowy łopatki; opukiwanie z przodu dla znacznéj bolesności obrzęku było utrudnione, jednak i tu stwierdzić można w szczycie stłumienie sięgające do sutka. W dolnych częściach płuca prawego odgłos wypukowy jest wszędzie znacznie przytłumiony; granice przy wdechach nieruchome. Przy osłuchiwaniu szczytu prawego z tyłu i z przodu oddech słabo oskrzelowy, a nadto z przodu liczne dźwięczne średniobańkowe rzężenia, z tyłu wyraźne tarcie opłucnowe

[1]) Wykład miany na II. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w lipcu 1890.

aż do połowy łopatki. Wdech i wydech w dole płuca prawego, osobliwie w paszę, prawie niesłyszalny.

W plwocinach lepkich, szarawo-żółto zabarwionych znaleziono obfitą ilość szaro zabarwionych krągłych grudek, większych od maku, dochodzących nieraz do wielkości ziarna prosa. G r u d k i, tak pochodzące z ropni na szyi i klatki piersiowéj, jak i z plwocin, okazywały pod drobnowidem charakterystyczny obraz promienicy, odosobnione *actinomyces* jak i kolonije tychże, osobliwie pałki były bardzo dobrze rozwinięte i przedstawiały często palczaste postacie; natomiast *mycelium* było bardzo słabo rozwinięte i przedstawiało się po zabarwieniu grudek sposobem G r a m a w postaci krótkich zgiętych, z drobniutkich ziarenek złożonych nici, gdzieniegdzie źle zabarwionych. Niektóre grudki, osobliwie z plwocin pochodzące, przedstawiały pod drobnowidem bryłki bezpostaciowe, cytrynowo lub też brunatnawo-szaro zabarwione, o cechującym promienicę układzie; były to grudki zwapniałe, takowe nie dawały się odwapniać rozczynem kwasu solnego i nie barwiły się sposobem Grama.

R o z p o z n a n i e brzmiało: *Actinomycosis lobi superioris pulmonis dextri. Caverna actinomycotica apicis pulmonis dextri. Pleuritis, peripleuritis chronica adhaesiva dextra Pleuritis partis posterioris lobi superioris pulmonis dextri recens. Abscessus consecutivi fistulosi regionis sterni et colli lateris dextri.*

Krótka obserwacyja tego przypadku była następująca: 2/6 chory w nocy nie spał. Ropień na klatce piersiowéj więcéj płaski, skóra w dolnéj części ropnia na przestrzeni centa obumarła, pergaminowo-żółto zabarwiona. W nocy tak z ropnia na szyi, jak i na klatce piersiowéj odpłynąć miało dużo ropy. Okolica prawego mięśnia piersiowego większego wypuklona znacznie w porównaniu ze stroną lewą, a przy omacywaniu obrzęk ten przedstawia się ciastowato-sprężysty; w głębi czuć niewyraźne chełbotanie, również zauważono ciastowaty obrzęk okolicy nadobojczykowej prawéj. Skąpa ilość wydzieliny ropnéj i grudek. *Actinomyces* w plwocinach.

3/6. Chory czuje się zdrowszym, spał w nocy, ropień na mostku bardziéj płaski. Obrzęk mięśnia piersiowego prawego większego zmalał, również ciastowaty obrzęk nad obojczykiem prawym. Skóra ropnia nad mostkiem przybrała w całości zabarwienie pergaminowo-żółte.

Celem usunięcia ognisk zewnętrznych i otwarcia ewentualnego kawerny płucnéj przystąpiono 3/6 do operacyi, mając w planie resekcyję kostki mostkowéj. W narkozie chloroformowéj okrążono cięciem owalnem brzegi owrzodzenia aż do kości mostka i wycięto części obumarłe. Po przedłużeniu cięć ku górze blisko dołka jarzmowego, a ku dołowi blisko końca wyrostka mieczykowego oddzielono za pomocą raspatora okostnę i wielką łyżką ostrą wyskrobano kruchą granulacyjami zniszczoną kość prawie aż do tylnéj blaszki twardéj, niepodatnéj. Przetoki prowadzącéj do jamy opłucnowéj nie znaleziono. Bardzo znaczny krwotok żylny z kości wstrzymano wytamponowaniem gazą jodoformową. Ropień w dolnéj części mięśnia obojczyko sutkowego przecięto i wyskrobano; jama wypełniona granulacyjami sięgała głęboko pod mięsień do pochwy głównych naczyń szyi. Również otwarto i wyskrobano drugi ropień nadobojczykowy. Oba ropnie szyjne nie komunikowały z sobą ani też z ropniem w kości mostkowéj. Wystrzykanie olbrzymiéj jamy w mostku sublimatem i wytampowanie gazą sublimatowa. Opatrunek uciskowy. Po operacyi chory niedokrewny, tętno 120.

4/6. Chory ma się względnie dobrze, ma apetyt, jednak kaszle silniéj. Poszukiwanie w plwocinach grzybu daje wynik ujemny. Ciepłota wieczorna 38, tętno 120.

5/6. Rano ciepłota 38·2, tętno 120, oddech charczący; chory z powodu bezsenności osłabiony. Wieczorem ciepłota 37·2, tętno 120. Zmiana opatrunku. Badanie plwocin w dniach 6/6, 7/6, 8/6 daje wynik ujemny.

8/6. Znaczna duszność. Chory pijany, mimo zakazu wypił $^1/_4$ litra wódki.

9/6 o godz. 5 rano *exitus letalis.*

S e k c y j a z przyczyn odemnie niezależnych odbyła się dopiero dnia 11/6 o godz. 10 z rana, a więc w 54 godzin po śmierci, wskutek czego gnicie zwłok bardzo znacznie postąpiło. Sekcyję wykonał prof. Dr. F e i g e l i udzielił mi protokółu, z którego najważniejsze szczegóły przytaczam.

Mężczyzna wzrostu małego, krępéj budowy ciała, odżywiony dobrze. N a s k ó r z e całego ciała objawy gnicia. W m ó z g u oprócz nastrzykania żył w oponach miękkich znaleziono co następuje: Na saméj powierzchni istoty korowéj, tuż pod oponami miękkiemi napotkano 6—8 pęcherzyków wielkości soczewicy, kształtu okrągłego lub jajowatego, wypełnione mętnym płynem i z łatwością dające się wyłuszczyć z otoczenia. Jeden torbielek taki nieco miększy od innych wisi na zewnętrznéj powierzchni opony twardéj, w okolicy przedniéj części zatoki sierpowatéj. Torbielki te badane pod drobnowidem okazały się jako w ą g r o w c e *(cysticercus cellulosae).*

S z y j a. Cała szyja jest podobnie jak twarz, tylko w wyższym stopniu i to przeważnie z prawéj strony obrzmiała i obrzękła; jakoż pod palcami czuć pod skórą części miękkie jednostajnie obrzmiałe, twardo i miękko sprężyste, nad obojczykiem prawym w postaci wału wzniesione. Obrzmienie to przechodzi i na całą górną, prawą, przednią powierzchnię klatki piersiowéj, któréj skóra jest widocznie wzniesioną; dotykiem zaś stwierdzić można, że części miękkie, podskórne, aż do płaszczyzny żeber są obrzmiałe, twardo elastyczne tak, że po ucisku nawet dłużéj trwającym nie widać pozostającego zagłębienia w skórze. Po odpreparowaniu skóry spostrzega się gruczoły chłonne z prawéj strony szyi znacznie powiększone, blade, dość zbite; mięśnie blade łykowate; tkanka natomiast okołonaczyniowa, międzymięśniowa i podskórna naciekła, zgrubiała i przeobrażona w utkanie twardo sprężyste, blado-żółtawe, jest przyczyną główną opisanego obrzmienia szyi.

Oględziny j a m y u s t, k r t a n i i t c h a w i c y nie wykazują zmian godnych uwagi. Z ę b y zdrowe, dziąsła zdrowe, blade. Błona śluzowa jamy ust, krtani, tchawicy i połyku gładka, blada, bez zmian patologicznych, również m i g d a ł k i.

K l a t k a p i e r s i o w a. W okolicy mostka począwszy od wysokości 3. żebra aż do wyrostka mieczykowatego w szerokości niemal całego mostka widać rozległy brak tak skóry, jak części miękkich podskórnych po dokonanéj za życia operacyi. Dno ubytku tego stanowi chropowata, licznemi blado-różowemi ziarninami pokryta kość mostkowa; brzegi takowego są spadziste, bladoróżowe, również brodawkowate, wydzielina z powierzchni i brzegów ubytku tego jest bardzo skąpa, gęsta, ropiasta, bladożółta. Kość mostkowa wyraźnie rozmiękczona tak, że miejscami zgłębnik daje się zapuszczać w dno kostne do pewnéj głębokości. W górnéj części tego ubytku na wysokości 3—4 żebra prowadzi nadto kilka cieniutkich, prawie włoskowatych przetok do rozmiękłéj i chropowatéj rękojeści mostka; kilka zaś innych takich przetok prowadzi d o g ó r n y c h b o c z n y c h c z ę ś c i o p ł u c n y p r a w é j, przylegających do prawego brzegu mostka, a to do rozmaitéj głębokości, dochodzącéj od 6—8 ctm.

Po odpreparowaniu skóry klatki piersiowéj spostrzegamy w tkance podskórnéj i międzymięśniowéj, zwłaszcza prawéj, górnéj części klatki piersiowéj naciek twardy, białawo-szary, podobnie jak na szyi.

Po wyjęciu mostka widzimy, że obie blaszki opłucny płuca prawego odpowiednio do płatu płucnego górnego i średniego są ze sobą zupełnie zrośnięte. Utkanie opłucny przeobrażone tu jest w tarczę chrząstkowo twardą, szarobiaławą, dochodzącą grubości do $^3/_4$ ctm. i wyżéj tak, że płuco prawe wyjąć można było dopiero wycinając nożem błony te wrzekome od klatki piersiowéj, przyczem doznawało się znacznego oporu. W dolnych częściach płuca prawego odpowiednio do płatu dolnego opłucna płuc jest już tylko miernie zgrubiałą tkanką włóknistą do klatki piersiowéj przyczepioną tak, że za pomocą rąk oddzielić się daje od ostatniéj. Bliższe oględziny wykazują, że w owéj twardéj błonie w górnéj części płuca prawego znajdują się liczne, drobne ogniska

wypełnione drobnawemi granulacyjami; najznaczniejsza część tych ognisk znajduje się zaś w tylnéj ścianie opłucny w wysokości 2—4 żebra prawego, gdzie i błony dochodzą do największéj grubości i najsilniéj są przyrośnięte do wewnętrznéj powierzchni żeber; przytem są one twardo sprężyste, szaro żółtawe, nadzwyczaj tęgie i odporne. Twarde, zbite to utkanie opłucny przechodzi przytem pod żebrami i pod obojczykiem wprost na podobne utkanie wyżéj opisane w prawéj połowie szyi się znajdujące, otaczając z przodu i z tyłu żebra i kość obojczykową prawą, których okostna jest znacznie zgrubiałą, twardą. Obnażone przy wycinaniu płuca i odłączaniu od klatki piersiowéj wewnętrzne powierzchnie górnych prawych żeber przedstawiają obfite narośle kostne *(exostoses)* ostre, kończyste na żebrach 1, 2, 3, 4 i 5, pomiędzy któremi powierzchnia żeber jest nadto nierówną, chropawą, drobnoziarnistą.

Płuco lewe jest przyczepione do opłucny żebrowéj li tylko włóknistą, delikatną tkanką łączną, dającą się bez większych trudności przerwać. Oba płuca wraz z językiem, krtanią, tchawicą, gardzielem i sercem wyjęto dla dokładniejszego zbadania.

Gardziel. Po przecięciu podłużnem tylnéj ściany gardziela znaleziono w przedniéj i bocznéj ścianie takowego na prawo od linii środkowéj, a w odległości 10 ctm. poniżéj nasady nagłośni w błonie śluzowéj tegoż otworek wielkości sporego prosa o brzegach zupełnie gładkich, lejkowato ku zewnętrznym warstwom połyku wciągniętych, a przytem szaro łupkowo zabarwionych, podczas gdy w otoczeniu otworka tego i wszędzie indziéj błona śluzowa gardziela jest jasnoróżowa. Poprowadziwszy w otworek ten zgłębnik można takowy z łatwością wsunąć aż do głębokości 3—4 ctm. w kierunku na prawo i ku przodowi od gardziela. Po rozcięciu ostrożnem całéj téj przetoki widać, iż tworzy ona kanalik jednostajnie szeroki, średnicy około 0·2 ctm., otoczona zaś jest ścianami gładkiemi, dość zbitemi, szarołupkowo zabarwionemi, kończy się jamą okrągłą, rozległości sporego bobu, tuż przy ścianie głównego oskrzela płuca prawego, do którego jama ta przylega. Ściany jamy téj stanowi tkanka zbita, czarnołupkowa, treść zaś takowéj stanowi miazga miękka, czarno lub szarołupkowa, rozłażąca się. W miazdze téj znaleziono pod drobnowidem liczne grudki charakterystyczne, promienicowe. W otoczeniu najbliższem jamki téj widać licznie powiększone, czarnołupkowo zabarwione gruczoły oskrzelowe, mniéj lub więcéj rozmiękczone. W gardzielu nie znaleziono więcéj zmian chorobowych.

Błona śluzowa tchawicy była sinawo-czerwono zabarwiona, gładka, lekko zgrubiała, zresztą bez zmian głębszych.

(Dokończenie nastąpi.)

I. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIX.

Śmierć ze zduszenia. Morderstwo czy samobójstwo.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Dok. Patrz Nr. 24).

Możność zaś powstania ich skutkiem uderzenia się odnóg o siebie zupełnie wykluczyć należy.

Z tych powodów należy się oświadczyć za tem, że sińce opisane powstały za życia Piotra X. skutkiem gwałtu przez osobę drugą zadanego.

Sińce te atoli mogły powstać tak w ostatnich chwilach życia Piotra X., jakoteż i na kilka lub nawet kilkanaście godzin przed jego śmiercią. Należy więc sprawdzić jeszcze, czy nieboszczyk dniem przed śmiercią swoją nie został przez kogoś pobity.

Jeżeli się uda wykluczyć i tę okoliczność, wtedy sińce te świadczyć będą o wal e i obronie, a tem samem z największem podobieństwem do prawdy przemawiać za tem będą, że Piotr X. został zduszony przez osobę drugą.

Do zduszenia zaś człowieka we śnie pogrążonego jeden człowiek zupełnie wystarcza, a chustka, czy szmata, byle dostatecznie długa, również jest dostateczna do wywołania skutku.

Mamy tu przypadek ważny, bo się rozchodziło o śmierć z ręki własnéj lub o morderstwo dokonane przez osobę drugą, a mianowicie przez brata na bracie, a jednak przypadek ten był wielce wątpliwy, jak niestety najczęściéj przypadki śmierci z uduszenia, jeżeli okoliczności uboczne nie zdołają rozjaśnić wątpliwości. Pod względem tych przypadków panuje oddawna zgoda pomiędzy lekarzami, że tylko śmierć przez powieszenie, z wyjątkiem naturalnie nieulegających wątpliwości przypadków, w których powieszenie nastąpiło na mocy wyroku sądowego, w zasadzie przemawia za samobójstwem, podczas gdy powszechnem było mniemanie, że śmierć przez zduszenie, a zwłaszcza przez zadławienie również w zasadzie przemawia za działaniem ręki obcéj. Lecz podczas gdy od od lat kilkunastu kilka przypadków przez zduszenie, należycie sprawdzonych, wszelką usunęło wątpliwość co do możności odebrania sobie życia przez zduszenie się za pomocą narzędzia długiego podatnego, a Tardieu nawet opisał jedyny w swoim rodzaju przypadek symulacyi usiłowanego zduszenia (okręcenie sobie szyi powrozem po poprzedniem skrępowaniu sobie nóg i rąk, celem rzucenia podejrzenia o zamierzone przez osobę drugą morderstwo), który tylko przez szczęśliwy zbieg okoliczności nie zakończył się śmiercią symulanta (przypadek Armand-Roux..., *Etudes med. leg. sur la pendaison* etc. Paris 1870, str. 230), to do ostatniego czasu uważano za rzecz absolutnie niemożebną, aby człowiek był w stanie pozbawić się życia przez zadławienie się, wychodząc ze słusznego zapatrywania, ze własna ręka dławiąca w chwili utraty przytomności, będącéj koniecznem następstwem ucisku na szyję, a głównie na tętnice szyjne wywartego, działać przestaje, a tem samem przytomność wraca i śmierć nie następuje. Jednak i pod tym względem przypadek niedawno temu ogłoszony przez Dra Binnera (*Zeitschr. f. Medicinalb.*, 1888, str. 364) dowiódł, że i samozadławienie się nienależy do rzeczy absolutnie niemożebnych, a jakkolwiek przypadek ten dotychczas jest jedyny, a samobójstwo tym sposobem popełniła osoba obłąkana, wiadomo zaś, że obłąkani pod względem samokaleczenia się i samobójstwa okazują czasem spryt nadzwyczajny, to przecież odtąd wyraz „niemożebny“ przestał być nieodłączny od pojęcia samozduszenia się. Wobec tego w żadnym przypadku śmierci z uduszenia przez ucisk na szyję wywarty nie można z góry i stanowczo wykluczyć możność samobójstwa, lecz przeciwnie możność tę w zasadzie przypuszczając a wskazując Sądowi, że w zasadzie za samobójstwem najwięcéj przemawia powieszenie, rzadziéj zduszenie, a wyjątkowo zadławienie, należy w danym przypadku oglądać się za okolicznościami ubocznemi, bardziéj przemawiającemi za działaniem własnéj lub cudzéj ręki. Otóż pod tym względem jedną z najważniejszych podstaw stanowiłaby dla lekarza sądowego możność oglądania zmarłego *in situ*, a zwłaszcza przekonania się, w jaki sposób narzędzie dławiące do szyi jego przylegało; okoliczność ta bo-

wiem częstokroć jest bardzo pouczającą. Tak n. p. Tardieu w przytoczonym przypadku, w którym znaleziono człowieka z powrozem szyję wielokrotnie okalającym słusznie opierając się na tym fakcie dowodził działania ręki włanéj, słusznie wykazując, że morderca poprzestaje na jednorazowem okręceniu szyi powrozem i ściągając go mocno ubezwładnia swoję ofiarę, podczas gdy samobójca kilka, — a nawet wielokrotnie zakręca narzędzie naokoło swojéj szyi, w przypuszczeniu, że przezto pewniéj skutek osiągnie; i rzeczywiście w przypadkach niewątpliwego samozduszenia się, w nowszych czasach ogłoszonych, takie wielokrotne okręcanie powrozu sprawdzono. Cóż kiedy lekarz sądowy zazwyczaj ma przed sobą ciało, z którego poprzednio narzędzie dławiące zdjęto, rzeczą bowiem jest naturalną, że każdy, który znajduje człowieka z powrozem na szyi, nie mając pewności, czy człowiek ten jeszcze żyje lub nie, słusznie uważa za obowiązek swój uwolnienie czemprędzéj człowieka od narzędzia, zdolnego wywołać śmierć, a która śmierci może jeszcze nie wywołało. W braku więc narzędzia uwzględnić wypada ślady na szyi po działaniu tego narzędzia pozostałe. I te ślady mogą być pouczające, jeżeli istnieją, obecność bowiem kilku lub kilkunastu brózd, choćby przerywanych i nie typowo przebiegających, przemawia za kilka lub wielokrotnem zakręceniem narzędzia. Ale dosyć często brózdy te są bardzo niewyraźne, ilość ich nie koniecznie odpowiada ilości zakręceń, albo ich wcale niema, zwłaszcza jeżeli narzędzie do duszenia użyto było miękkie, jak n. p. jeżeli narzędziem tem był ręcznik lub chustka, jeżeli narzędzie, choć szorstkie, przechodziło przez części owłosione itd., wtedy nie pozostaje lekarzowi sądowemu żadna podstawa prócz istnienia lub braku śladów walki i obrony. Ślady te nie są bez znaczenia, ponieważ przypuścić wypada, że człowiek dorosły a przytomny nie da się udusić, nie stawiwszy oporu. Należy jednak uwzględnić możność, że człowiek dorosły a nieprzytomny, pijany lub z nienacka we śnie napadnięty, również oporu znaczniejszego stawiać nie jest zdolny, tak że brak śladów walki i obrony jeszcze nie wyklucza zaduszenie przez osobę drugą. Z drugiéj znów strony obecność śladów obrażenia, o walce i obronie świadczyć mogących, jeszcze nie dowodzi śmierci z ręki obcéj, bo ślady te pochodzić mogą od obrażenia, czy przypadkowego, czy też umyślnie zadanego przez osobę drugą przy innéj sposobności, poprzedzającéj działanie, które śmierć sprowadziło. Tak n. p. w danym przypadku możebną było rzeczą, że Piotr X. na kilka lub kilkanaście godzin przed śmiercią swoją miał bitkę z kimś i w niéj poniósł nieznaczne obrażenie, które znaleziono na jego ciele, a następnie sam sobie życie odebrał; z tego też powodu Wydział uznał za stósowne zwrócić uwagę Sądu na tę okoliczność, bo gdyby udało się sprawdzić, że bitka taka miała miejsce na jakiś czas przed śmiercią Piotra X., wtedy samobójstwo żadną miarą nie dałoby się wykluczyć. Natomiast ślady w mowie będące nabyłyby wielkiego znaczenia, gdyby stwierdzić się dało z pewnością, że bitka nie poprzedzała, że więc ślady te najprawdopodobniéj powstały w ostatnich chwilach życia, że więc pozostawały w związku z urazem, który śmierć Piotra X. wywołał, a to tem bardziéj, że nie można przypuścić, jakoby one powstały przypadkowo, ponieważ znajdowały się w rozmaitych okolicach ciała. Ostrożność zaś była tu wielce wskazaną, bo się rozchodziło o rzecz bardzo ważną, bo gdyby się wykluczyło samobójstwo, wtedy Iwan X. musiałby być pociągnięty do odpowiedzialności za największą zbrodnię, a chociaż wiele okoliczności za tą zbrodnią przemawiało, to przecież ze stanowiska sądowo-lekarskiego ścisłego dowodu dostarczyć nie zdołano.

Nie wiadomo nam, jak sprawa się zakończyła; w każdym razie przypadek ten dowodzi, jak trudnem jest zadanie znawcy wobec przypadków śmierci z uduszenia gwałtownego; najczęściéj znawca jest bezradnym w takich razach, a ostrożność w najwyższym stopniu jest wskazaną, aby znawca mimowolnie nie przekroczył zadania swego ściśle przedmiotowego i nie przeistoczył się w sędziego przysięgłego, jeżeli zdaje mu się, że zaszło morderstwo; jeżeli kiedy, to właśnie wobec takich przypadków powinien mieć się na ostrożności, aby nie powiedzieć więcéj, aniżeli pozwala doświadczenie lekarskie. Nie dziwimy się więc wcale, że orzeczenie pp. obducentów było chwiejne; jeżeli zaś zarzut jakiś czynić im możemy, to chyba ten, że w ustępie 5-tym oględzin zewnętrznych mówiąc o nacięciu brózdy wspominają „o zupełnym prawie braku krwi w naczyniazh tkanki podskórnéj;“ opis ten jest zbyteczny i niedokładny, zkądże bowiem naczynia szyjne miały mieścić w sobie krew, skoro trup leżał przez kilkanaście godzin nawznak? Jeżeli zaś mieli na myśli brak podskórnego wynaczynienia w brózdzie, to spuścili z uwagi, że brózda, choć powstała za życia, nigdy po nacięciu wylania krwi nie okazuje. Z takiego opisu nielekarz, a więc sędzia, mógłby wysnuć wniosek, że brózda powstała dopiero po śmierci, a grzeszą w téj mierze nawet i niektórzy lekarze, którzy szukają pod brózdą wynaczynienia krwi, aby ocenić, czy brózda powstała za życia lub nie, co w każdym razie jest błędem, mogącym na błędne tory sprowadzić sędziego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Józef Drzewiecki: Homeopatyja, jéj podstawy i prawa ze stanowiska naukowego traktowania. Warszawa 1891, in 8-vo str. 32.

Były ordynator kliniki terapeutycznéj wydziałowéj ces. warsz. Uniwersytetu występuje otwarcie nietylko jako zwolennik ale i obrońca nauki Hahnemanna. W odezwie do czytelnika wypowiada stanowczo, że nauka dawna „nie może zadowolić nikogo, bo się na założeniu fałszywem opiera! Dziwnem się nie wydaje, że lekarze nie starają się zapoznać z homeopatyją, któréj zwolennicy dowodzą i swe dowodzenia statystyką szpitalną popierają, że leczenie chorych według zasad homeopatyi prędzéj zdrowie powraca i pomyślniejsze wyniki wydaje“. Autor przypomina, że już kilkakrotnie zabierał głos publicznie w sprawie homeopatyi, ale starano się przedstawić go jako reklamistę, że homeopatyję oddzielono od prasy murem chińskim, a o pracach jego nawet wzmianek objektywnych nie zrobiono“. Wobec tego stanu rzeczy postanowił wyłuszczyć w krótkości podstawy homeopatyi i po ogłoszeniu ich drukiem rozesłać do wszystkich inteligentnych i miłujących postęp jednostek, nie pomijając lekarzy i tym sposobem dać możność każdemu wykazać błędy, jeżeli takowe istnieją, a których dotąd ani autor, ani żaden inny lekarz-homeopata nie zauważył“. Autor wyzywa do dysputacyi, nakształt dawnych teologów, a jakkolwiek minęły już niepowrotnie czasy takich dysput naukowych, w których zazwyczaj nikt nikogo nie zdołał przekonać i nawrócić, to jednak aby go przekonać, że lekarzom wcale na tem nie zależy, aby homepatyję murem chińskim odciąć od świata, zdajemy krótką sprawę z krótkiéj rozprawy jednego z najprzyzwoitszych i najwykształceńszych lekarzy przysięgających na naukę Hahnemanna. Przypuszczamy bowiem chętnie, że autor występuje w obronie téj nauki, ponieważ wierzy w jéj doskonałość, a przemawia za tem sposób, w jaki jéj bronić usiłuje. Wytyka on naprzód słabe strony

szkoły a raczéj szkół racyjonalistów w medycynie, wskazuje ciągłe śród nich przewroty, kończąc na teoryi pasorzytniczéj i przeciwstawia tym szkołom terapiję homeopatyczną. Przysięgając na tę szkołę wykłada nam autor powstanie i główne zasady nauki Hahnemanna: „Istotę homeopatyi stanowi prawo podobieństwa *(similia similibus curantur)*, wymagające ażeby pomiędzy chorobą a trującem działaniem lekarstwa na ustrój zdrowy zachodziło podobieństwo. Prawo to, jak i wiele innych, odkryte zostało przypadkowo. Hahnemann tłumacząc na język niemiecki farmakologiję Culena zauważył, że kora chinowa w dawkach trujących wywołuje bardzo zbliżone objawy do tych, jakie sama leczy. Fakt ten, jak jasny promień słońca wniknął do jego umysłu i zrodził przypuszczenie, czy nie jest to prawo ogólne, jakiemu chory ustrój podlega? Czy nie każda choroba da się leczyć tym środkiem, jaki w dawkach trujących jéj portret u zdrowego człowieka wywołuje?“ Zostawmy autorowi przyjemność postawienia tego odkrycia mistrza jego na równi z odkryciami Newtona, Archimeda, Galileusza, oraz przekonanie, że prawo podobieństwa jest tak niezachwianem jak prawa odkryte przez wspomnionych mężów wielkich, — ale na tem koniec jego pewności siebie, bo sam przyznaje: „Jeżeliby mnie zapytano: dlaczego środek wywołujący w dawkach dużych pewne zaburzenia w ustroju zdrowym, usuwa w dawkach małych podobne zaburzenia w ustroju chorym i jak tego rodzaju działanie należy sobie tłomaczyć? Odpowiedziałbym, że nie wiem, tak samo jak nie wiem, dlaczego magnes przyciąga żelazo (str. 25). Tym sposobem autor przechodzi do porządku dziennego nad najsłabszą tezą Hahnemanna, nad tezą niedorzeczną, pozostającą w sprzeczności z rozumem prostym, a więc nad tezą, w którą poprostu wierzyć trzeba, pomimo lub właśnie dlatego, że jest niedorzeczną: *Credo, quia absurdum.* Tym sposobem autor nie przekona nietylko lekarza ale i nielekarza, w ogóle nikogo, u którego myślenie loiczne nie doznało szwanku, a sądzimy, że zbytecznem jest żądanie autora, aby mu faktami i argumentami wykazać błędy homeopatyi, bo to stało i dzieje się ciągle od chwili wystąpienia jego mistrza z wielkim błędem, który nazwał homeopatyją, a zapewnienie autora, że podstawy téj bałamutnéj nauki pozostaną dla niego niewzruszonemi, jak podstawy gór niebotycznych, wydaje nam się jak na język polski przetłomaczona przechwałka Horacyjusza, *si totus illabatur orbis, impavidum ferient ruinae*; pozostawiamy mu zaś chętnie razem z jego wiarą w mistrza i przekonanie, „że „w niedługim czasie i imie Hahnemanna i prawa homeopatyi, „jak góry niebotyczne nad równinami, panować będą nad „równinami historyi medycyny“; ani bowiem wiara jego, ani przekonanie nikomu i niczemu nie zaszkodzą; w interesie zaś jego żałujemy, że na manowce, z których w obec tak silnéj wiary nie ma wyjścia, dostał się b. ordynator kliniki terapeutycznéj. *L. B.*

Bakteryjologija.

Marschalko: **O prątkach kiły.**

W badaniach swych, ktore M. wykonywał w zakładzie anatomo-patologicznym w Budapeszcie, udało mu się znaleźć metodę barwienia, zapomocą której można w tworach kiłowych rozpoznać charakterystyczne grupy prątków. Metoda ta polega na tem, że preparaty stwardniane w alkoholu pozostawia się dłuższy czas w alkalicznym roztworze błękitu metylowego (przy ciepłocie zwyczajnéj przez 36 godzin, przy 38° C. przez 3—4 godzin), następnie opłukuje się w wodzie i przebarwia w zgęszczonym roztworze wodnym wezuwiny. W ten sposób otrzymać można preparaty, w których silnie niebiesko zabarwione prątki odbijają od brunatnego otoczenia. W tworach syfilitycznych różnéj natury (w guzkach, kłykcinach i t. d.) i wydzielinie wrzodów kiłowych znajdował autor stale te prątki, podczas gdy badanie wydzieliny wrzodów niekiłowych dawało wynik ujemny. Jest rzeczą dalszych badań potwierdzić związek wymienionych prątków z kiłą. (*Wien. med. Blätter* 1891 Nr. 17). *Dr. Beck.*

Histologija.

Ciągliński (Warszawa): **Przyczynek do techniki mikroskopowéj rdzenia i nerwów obwodowych.**

Do tkanek, przedstawiających wiele trudności technicznych dla badań mikroskopowych, należy niewątpliwie tkanka rdzeniowa. Używane dotychczas metody barwienia rdzenia, pomimo iż są po większej części dość skomplikowane, nie dają zawsze dobrych wyników, szczególnie przy zmianach patologicznych w tkance. Autor podaje sposób barwienia, wypróbowany przez siebie, o wiele prostszy i uwydatniający wyraźniéj na preparatach różne składniki tkankowe. Całe stwardzanie, zatapianie i barwienie przedstawia się jak następuje. Do stwardzania tkanki używa autor płynu Müllera, w którym trzyma rdzeń 2—3 miesiące. Po wyjęciu ztamtąd i dokładnem przemyciu w wodzie, odwadnia w wyskoku bezwodnym, poczem przeprowadziwszy przez szereg płynów przygotowujących (olejek anilinowy, ksylol, mięszanina ksylolu i parafiny), zalewa w parafinie czystéj według ogólnie przyjętego sposobu. Nalepione na szkiełku skrawki po rozpuszczeniu parafiny i dokładnem wypłukaniu barwi naprzód 2% roztworem wodnym safraniny, w której trzyma preparat 1—3 dni; po zmyciu tego barwika podbarwia w ciągu kilku minut (1—4) nasyconym roztworem wodnym błękitu anilinowego, poczem obrobiony preparat odpowiedniemi płynami (woda, alkohol, ol. gwoździkowy, ksylol), zatapia w balsamie kanadyjskim. Zabarwienie preparatu jest następujące. Myelina względnie osłonka rdzenna nerwów barwi się pomarańczowo, włókna osiowe ciemno-niebiesko, komórki zwojowe wraz z wyrostkami niebiesko, komórki neurogliii jasno-niebiesko. Ściany naczyń mają zabarwienie niebieskie, w którem bardzo wyraźnie występuje błona sprężysta (w tętnicach) czerwona i takież jądra włókien mięsnych; ciałka czerwone krwi na czerwono, ciałka bezbarwne niebiesko. Wreszcie opona miękka przybiera zabarwienie niebieskie. W rdzeniach patologicznie zmienionych części zwyrodniałe barwią się bardzo mocno niebiesko, przyczem moc zabarwienia jest w stosunku prostym do stopnia zwyrodnienia tkanki. *(Kronika Lekarska* 1891, Nr. 1). *L. Kryński.*

Chirurgija.

Prof. Mosetig-Moorhof (Wiedeń): **W sprawie leczenia nowotworów złośliwych nie nadających się do operowania.**

Sprawą tą, stanowiącą najsmutniejszą chyba kartę w naszéj terapii, zajmuje się autor od lat wielu. Wszystkich środków, jakie w ciągu ostatniego 25-ciolecia podawano jako leczące lub pomocne w tych cierpieniach, doświadczał on, począwszy od wstrzykiwań kamienia piekielnego, a skończywszy na preparatach *condurango*, terpentyny, papajotyny itd. Daléj doświadczał środków, działających niszcząco na tkankę, użycie jednak kwasu mlekowego nie dało wyników dodatnich. Najnowsza, stosowana przez niego metoda, opiera się na następującéj podstawie teoretycznéj. Główne niebezpieczeństwo nowotworów złośliwych wynika z nader szybkiego ich wzrostu, względnie bujania ich składników komórkowych, to zaś jest następstwem mnożenia się przez podział jąder. Jeżeliby więc można było w jaki sposób powstrzymać ową działalność życiową jąder, to być może przez to samo wstrzymałoby się rozwój tkanki nowotworowéj, któréj składniki po zniszczeniu jąder łatwo uległyby przemianom wstecznym. W tym celu zwrócił się autor do tych „jądrowych“ barwików anilinowych, które odznaczają się specyjalnem powinowactwem do istoty jąder.

Pierwszym użytym tu środkiem było *anilinum trichloratum*, stosowane u 50-letniego mężczyzny z mięsakiem okrągłokomórkowym, na powierzchni owrzodzonym. Guz ten wielkości dużéj pomarańczy znajdował się na udzie i uciskając żyłę goleniową, sprowadził obrzęk kończyny. Po wstrzykiwaniach w ciągu 8 tygodni 1% roztworu wodnego tego środka nowotwór zmalał do wielkości orzecha, powierzchnia zabliźniła się zupełnie i chory wyszedł ze szpitala. W rok późniéj zmarł ten chory z zapalenia płuc. Recydywa przez ten czas, jak twierdzi autor, nie nastąpiła. Szkoda tylko, że

nie wspomina on nic o sekcyi. Ponieważ jednak *anilinum trichloratum* w działaniu swem ma wiele stron nieprzyjemnych a nawet niebezpiecznych, przeto autor zamienił ją na inny barwik anilinowy, *methylviolett*, któremu Stilling dał nazwę pyoktaniny. Środek ten stosował on w rozczynie 1 : 500 i 1 : 300, używając do zastrzyknięcia 3—6 gramów. Przytaczane przez niego przypadki są następujące:

U kobiety 66 cioletniej mięsak szczęki dolnej wielkości pięści, niepozwalający na zamknięcie ust, mówienie i łykanie, po 35 wstrzykiwaniach zmniejszył się do $^1/_3$ objętości; chora zaczęła sama jeść, mówić i ciężar jej ciała znacznie się zwiększył.

Cystosarcoma w okolicy lewego obojczyka u 58 letniego mężczyzny po 12 wstrzykiwaniach zmniejszyło się o $^1/_4$; pod wpływem leku torbiele same popękały, wyrzucając swą zawartość. Bardzo dodatnie było działanie rozczynu 1:2000 pyoktaniny, wstrzykiwanej do pęcherza moczowego, dotkniętego rakiem (*papilloma villosum*) u kobiety 60-letniej. Chora cierpiała bardzo, często musiała oddawać mocz i traciła przytem wiele krwi. Po takiem leczeniu krwawienie ustało i inne przypadłości chorobowe prawie znikły.

Dwaj mężczyźni z rakiem gruczołów na szyi, po trzytygodniowem używaniu wstrzykiwań mogli swobodnie powrócić do pracy.

Ostatni wreszcie przypadek dotyczy mężczyzny 60-cio letniego, u którego guz złośliwy (*sarcoma*) wychodzący z miednicy, ogromnych rozmiarów, był przyczyną bardzo przykrych i niebezpiecznych zaburzeń. W roku zeszłym autor wykonać musiał kolostomiję z powodu zupełnej niedrożności jelita skutkiem ucisku; oprócz tego ogromne bóle w brzuchu, trudność w oddawaniu moczu, niemożebność chodzenia. Po 14 wstrzyknięciach 3-gramowych guz zmniejszył się do $^1/_3$ objętości, objawy co do oddawania moczu i stolca zupełnie ustąpiły i chory godzinami może chodzić.

Autor wyraża przypuszczenie, że oprócz pyoktaniny, która tak piękne w jego praktyce dała wyniki, być może i inne barwiki anilinowe podobnie działają i zachęca do prób w tym kierunku. (*Wiener klin. Wochschr.* 1891, Nr. 6).

L. Kryński.

Choroby oczne.

J. Mitvalsky (Praga): **Zur Kenntniss des sympatischen Symptomencomplexes.**

Autor komunikuje z czeskiej oftalm. kliniki 3 przypadki, w których po uszkodzeniu jednego oka t. zw. sympatyczne cierpienie w drugiem objawiło się w postaci nerwobólu 1-szej gałęzi n. troistego, czucie było podwyższonem w okolicach nadoczodołowej, skroniowej i w powiekach. Napady nerwobólu powtarzały się w ciągu roku, przyczem odpowiednie oko pozostawało prawidłowem. Chinina w podobnych razach działa wyśmienicie i zapobiega potrzebie wyłuszczenia uszkodzonej gałki. M., nie znajdujący dotąd mikroorganizmów w wyłuszczanych dla sympatycznego zapalenia gałkach, jak to się udawało Deutschmannowi (ztąd jego „*ophthalmia migratoria*“), twierdzi, iż podobny nerwoból *trigemini rami* 1 bardzo łatwo imponować może jako objawy współczulnego podrażnienia zdrowego oka. Proponuje nazwać ją „*neuralgia trigemini* (*rami 1*) *reflexa sympathica*“. (*Oesterr. ungar. Centr. f. d. med. Wissenschaft*).

Dr. J. Talko.

Choroby kobiece i położnictwo.

Sternberg (Wiedeń): **Przypadek wyleczenia osteomalacyi połogowej.**

Chora rodziła 5 razy. Po ostatnim porodzie poczęły się rozwijać objawy rozmiękczenia kości, a w dniu przyjęcia do szpitala chora przedstawiała obraz ciężkiej osteomalacyi połogowej, trwającej 41 tygodni. Leczenie polegało na podawaniu fosforu (0·05 na 50 gm. tranu rybiego, z tego łyżkę dziennie). Pod wpływem tego leczenia znikły bóle po kilku tygodniach, chodzenie, które przedtem było niemożebne, stawało się coraz lepsze, a obecnie chora chodzi zupełnie dobrze, zniekształtnienie kości jednak pozostało. Chora zażyła ogółem $2^1/_4$ grm. fosforu. S. zastanawiając się nad tem, czy wyleczenie w tym przypadku zbawiennemu wpływowi fosforu przypisać należy, czy też było dobrowolne, przytacza kilka przypadków znanych korzystnego wpływu fosforu na przebieg osteomalacyi. Przypadków dobrowolnego wyleczenia istnieje w literaturze dwa tylko. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1891, Nr. 17.)

Dr. Beck.

Ahlfeld. **O porodach przy niemal zamkniętej i niepodatnej błonie dziewiczej.**

W bieżącym roku obserwował autor dwa przypadki, w których błona dziewicza niepodatna stała się przeszkodą porodową i zmusiła autora do wykonania rękoczynu.

W obu przypadkach błona dziewicza była zupełnie utrzymana, otworek miał około 5 mm. średnicy. Celem zniesienia niestosunku porodowego w szparze sromowej przecięto błonę dziewiczą na krzyż; dość znaczny krwotok zatrzymała przez ucisk rodząca się główka. Po porodzie obszyto brzegi ran, przez co zapobieżono następowym krwotokom.

Według zestawionej przez A. literatury przypadki takie nie są częste. Błona dziewicza niepodatna o otworku, mającym 5 mm. średnicy, wyklucza zupełnie należyte spółkowanie i dowodzi, że plemniki, złożone prawdopodobnie koło brzegów otworu są w stanie odbyć względnie daleką wędrówkę przez całą pochwę i macicę.

W obu wyż opisanych przypadkach rodzące doznawały znacznych bólów w szparze sromowej, pochodzących od rozciągania błony dziewiczej przez pęcherz płodowy, który w obu przypadkach obniżył się aż do szpary sromowej, a w jednym wypuklał się nawet przed szparę przez otworek w błonie. Autor radzi nie pozostawiać z jednej strony podobnych przypadków siłom natury, nie wkraczać jednak zbyt wcześnie.

Główka parta siłami macicy i tłoczni brzusznej mogłaby wprawdzie pokonać przeszkodę i błonę rozedrzeć, ale na to potrzebaby długiej a dla rodzącej nadzwyczaj bolesnej pracy, rana powstała przez rozdarcie mogłaby łatwo pójść dalej niż potrzeba — krwotok byłby znaczniejszy, a w obec trudności obszycia rany dartej trwałby niewątpliwie dłużej. Z tych powodów uważa autor wykonanie cięcia krzyżowego za rzecz wskazaną. Zabieg ten należy wykonać wtenczas, kiedy główka (nie pęcherz płodowy) wypukla już błonę, kiedy więc można się spodziewać, że za jednym bólem stanie w szparze sromowej i zatrzyma krwotok. Jeżeli, co się często zdarza, otworek w błonie leży bliżej przedniej ściany pochwy, niż tylnej, wtenczas dolne dłuższe ramiona cięcia krzyżowego winny być skierowane ku podstawie warg mniejszych.

Naturalną jest rzeczą, że cięcie to należałoby wykonać wcześniej, gdyby zboczenia w przebiegu porodu wymagały jakiegoś zabiegu np. kleszczy lub obrotu. (*Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynaek. XXI 1.* 1891). *Dr. A. Rosner.*

Kelly: **Dylatacyja macicy przyczyną śmierci.**

K. ogłasza przypadek, w którym lekarz zamierzał za pomocą dylatatora rozszerzyć przewód szyjki macicy, w miejsce czego przebił tylną ścianę szyjki. Nie poznawszy błędu, włożył w otwór gąbkę prasowaną i chora umarła naturalnie z *peritonitis septica*, pomimo usiłowań Kellyego, aby sprowadzić polepszenie przez laparatomiję i założenie sączka. W epikryzie zwraca się K. przeciw używaniu spiczastych rozszerzadeł i stosowaniu znacznej siły, nadto zaleca unikanie jednostronnego ucisku. (*The americ. Journ. of obstetr. and. dis. of women and childr.* 1891, Nr. 1). *Dr. Beck.*

Choroby dzieci.

Prof. Pott w Halli n/S.: **Przyczynek do operacyjnego leczenia wodogłowia przewłocznego.**

Na pytanie, czy usprawiedliwionem jest przedsiębranie jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego w tej chorobie, odpowiada autor, że znanych i w literaturze opisanych jest siedm przypadków samoistnego dobrowolnego wyleczenia tej choroby wtedy, gdy przypadkowy uraz w głowę utorował nagromadzonej cieczy wolny odpływ; jeśli więc zabiegiem operacyjnym te same warunki stworzymy, to i wyleczenie osiągnąć powinniśmy. — Ze szczegółowego opisu historyi

choroby w przypadku przez P. leczonym, wyjmujemy tylko ważniejsze momenta: Dziecię 4 tygodnie liczące, sztucznie karmione, źle odżywione; od 8. dnia życia dziecka zauważono powiększanie się głowy. Całe sklepienie czaszki robi wrażenie balonu silnie napiętego, cieczą wypełnionego, obwód głowy wynosi 48 ctm., szwy i ciemiączka porozstępowane, wypukłone, dziecko apatyczne, śpiące. Rozpoznano: *Hydrocephalus chronicus congenitus internus*. Z powodu wzmagających się ustawicznie objawów ucisku mózgu przystąpił autor do zabiegu operacyjnego. W $^1/_3$ części dolnéj szwu czołowego tuż przy brzegu kości czołowéj wkłuto trójgraniec około 5 ctm. głęboko, odpłynęło około 300 sześc. centim. płynu wodojasnego, obwód czaszki zmniejszył się o 9 ctm. Zabieg zniosło dziecię dobrze, nastąpiło polepszenie. Już po 48 godzinach stan ten sam, jak przed punkcyją, dlatego w 4 dni po pierwszym zabiegu wykonano w tem samem miejscu nacięcie i w ranę wprowadzono sączek. Podczas operacyi odpłynęło znów około 300—400 ctm. sześc. płynu jasnego, nastąpiło chwilowe polepszenie, jednak w 24 godzin po zabiegu stan podgorączkowy i objawy zadrażnienia mózgu w ciągu dni następnych coraz wybitniéj występujące. Z rany odpływa ciecz surowiczo-ropna, dziecię gorączkuje, a w 12-ym dniu po zabiegu następuje *exitus letalis*. Badanie pośmiertne wykazało w obu komorach bocznych mózgowych znaczną ilość surowiczo-ropnéj cieczy. Niepomyślne zejście przypisuje P. bardzo nędznemu odżywieniu dziecka i niedostatecznéj antiseptyce.

W dalszym ciągu swéj pracy opisuje autor wszystkie w téj chorobie używane sposoby leczenia, a więc: uciskanie czaszki za pomocą opasek, zwykle bezskuteczne a często szkodzące, nakłucie i wypuszczenie płynu nagromadzonego, wreszcie najbardziéj polecaną operacyję radykalną, tj. nacięcie i następowe założenie sączka. Wykonanie téj ostatniéj w czasie, gdy szwy i ciemiączka są otwarte, nieskostniałe, nie przedstawia wielkich trudności, gdy jednak sprawa kostnienia czaszki już jest ukończoną, należy operacyję tę poprzedzić wydłutowaniem odpowiedniéj części kości czołowéj. W końcowym ustępie swéj pracy poleca P. ten sposób leczenia wodogłowia za pomocą nacięcia, mimo niepomyślnych dotąd wyników, ale tylko u dobrze dotąd fizycznie i umysłowo rozwijających się dzieci, gdy wystąpią objawy z dnia na dzień powiększającego się wodogłowia, gdy dzieciom tym grozi zupełna utrata władz umysłowych, wogóle wtedy, gdy do stracenia nic nie mamy, a udałym zabiegiem zyskać możemy wiele. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 1890).

Dr. Raczyński.

Choroby weneryczne i skórne.

Czystiakow: **O źródle zarażenia się kiłą u mężczyzn warstw wykształconych.**

C. zbierał zapiski, jako asystent prof. Tarnowskiego w jego prywatnem ambulatoryjum, od kogo chorzy się zarażali. Z 512 chorych 12 zaraziło się zagranicą a 500 w Rosyi; z tych 315-tu w Petersburgu a 185 ciu na prowincyi. Na prowincyi w 70% zarażenie nastąpiło od takich kobiet, nad któremi nie rozciągano kontroli policyjno-lekarskiéj, w Petersburgu zaś tylko w 42%; zarażenie się więc od prostytutek w Petersburgu miało miejsce w 58%, na prowincyi w 30%. Z tego wynika, że kontrola policyjno-lekarska dotychczas wcale jeszcze nie jest dostateczną. *(Monatshefte f. prakt. Derm.* 1889, Nr. 8). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

I. Posiedzenie z d. 24 stycznia 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 36.

1) Przewodniczący dłuższem przemówieniem zagaja posiedzenie dziękując za wybór i zwracając uwagę na cele naukowe i koleżeńskie Towarzystwa. — Następnie przedstawia jako gościa kol. Kopfa z Krynicy i nowych członków kol. Jaklińskiego z Komarna i kol. Uricha ze Lwowa.

2) Kol. Bylicki oznajmia, że uchwalone na poprzedniem posiedzeniu pismo do p. Bilińskiego wysłał i odpowiedź na nie otrzymał.

3) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorego z późną kiłą z powodu trudności w rozpoznaniu między wilkiem a kiłą.

Kol. Krówczyński przedstawia chorą z rozległym *herpes tonsurans*.

4) Kol. Stroynowski mówi o nowem ułożeniu chorych celem badania ginekologicznego. W przypadkach, gdzie badanie ginekologiczne jest utrudnione czy to z powodu tłustości, czy też napinania powłok brzusznych lub n. p. *ascites*, próbował ułożenia, które Trendelenburg podał do wyjmowania nowotworów umieszczonych w miednicy małéj. Sposób ten polega na tem, że układa się chorą z krzyżami bardzo mocno wzniesionemi, zaś głową na dół. Prelegent kilkakrotnie sposobu tego próbował i w przypadkach utrudnionego badania o korzyściach tego ułożenia się przekonał.

Kol. Barącz dodaje, że Trendelenburg używał tego ułożenia także do zeszywania trudnych przetok pęcherzo-pochwowych przez zrobione poprzednio cięcie górne pęcherza, i sposób ten jest w niektórych przypadkach korzystnym.

Kol. Rosner Jan podaje, że sposób ten znanym mu jest już dawniéj i że widział stół odpowiednio zbudowany. — Kol. Stroynowski odpowiada, że w literaturze dawniejszéj nigdzie o tem nie czytał i dlatego za rzecz nową uważał.

5) Kol. Opolski w obszernym wykładzie opowiedział o doświadczeniach swych z limfą Kocha. Wykład będzie w całości ogłoszonym.

6) Kol. Feigel dla spóźnionéj pory przedstawił tylko kilka preparatów, odkładając opis zmian anatomicznych, występujących po wstrzykiwaniach kochiny, do następnego posiedzenia.

Dr. Mukowicz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 czerwca. Wspomnieliśmy już, że w przeszłym togodniu bawił śród nas baron Mundy, przybyły jako sekretarz Towarzystwa ratunkowego we Wiedniu, celem wprowadzenia w życie stacyi ratunkowéj ochotniczéj w Krakowie. Kto po raz pierwszy zetknął się z tym czerstwym, a pomimo dobréj tuszy ruchliwym mężem, nie domyślił się, że ma przed sobą starca 70-letniego, który tyle przebył kolei i pracą swoją i zabiegliwością tyle przysłużył się cierpiącym w rozmaitych krajach Europy. Nie będzie więc od rzeczy, jeżeli podamy szkic żywota jego, obfitującego w prace i zasługi na rozmaitych polach. Baron Jaromir Mundy urodził się d. 3 listopada 1822 r. w zamku morawskim Eichhorn; zrazu poświęcał się teologii, późniéj wstąpił do armii austryjackiéj i odbył jako oficer kampanije w r. 1848 i 1849, jako kapitan wystąpił z armii w r. 1855, i udał się do Würzburga, aby poświęcić się medycynie; po 4 semestrach osiągnąwszy tam stopień doktora, zwiedził inne uniwersytety niemieckie, pracując głównie w psychijatryi i medycynie sądowéj. Zaledwie wybuchła wojna włoska w r. 1859, gdy pospieszył znów do szeregów armii austryjackiéj, biorąc udział w kampanii w dawnym swym charakterze jako kapitan. Po wojnie bawił pół roku w Gheel w Belgii i następnie odwiedził kilkaset zakładów dla obłąkanych, poczem w licznych miastach głównych i uniwersyteckich wystąpił z wykładami o swobodnem traktowaniu obłąkanych, a równocześnie w licznych rozprawach, ogłoszonych w czasopismach lekarskich niemieckich, francuskich i angielskich, starał się rozpowszechnić zasady systemu O'Conollego i Griesingera. Bawiąc przez długi czas w Anglii i we Francyi zapoznał się równocześnie z postępami wojskowéj służby zdrowia. W charakterze lekarza pułkowego brał udział w wojnie austryjacko-pruskiéj w r. 1866, urządzając pociągi sanitarne i obejmując szpitale wojskowe w Czechach po

wyjściu Prusaków. Po wojnie otrzymał charakter lekarza sztabowego i zaraz zabrał się do nowéj pracy, a mianowicie dokładał starań, aby służba lekarska tak cywilna jak wojskowa w państwie austryjackiem uległa reformie, zgodnie z postępem czasu i nauki. Pamiętne są jego listy otwarte, wystósowane do ówczesnego ministra spraw wewnętrznych Dra Giskry, w sprawie cywilnéj służby zdrowia, tchnące gruntowną znajomością urządzeń na wschodzie i przekonywającą szczerością i śmiałością, a które wielce się przyczyniły do powstania nowéj ustawy o służbie zdrowia. Działając naprzemian jako lekarz i jako żołnierz, pojawiał się wszędzie, gdzie wrzała walka i pomoc lekarska okazała się potrzebną, tak w Dalmacyi podczas powstania w okręgu Kotarskim, a zaledwie stanął rozejm w krwawéj wojnie między Francuzami a Niemcami, gdy pojawił się w Paryżu, urządzając tamże lazarety wojskowe i oddając wielkie usługi Francuzom zwłaszcza podczas powstania Komuny oraz przez odwożenie rannych Francuzów z lazaretów niemieckich do ojczyzny. W r. 1872 mianowany nadzw. profesorem wojskowych spraw sanitarnych we Wiedniu, wkrótce posadę tę porzucił oddając się organizacyi zakonu niemieckiego jako czynnika dobrowolnego pielęgnowania chorych, a w r. 1875 jako lekarz naczelny maltańskiego zakonu rycerskiego urządził pociągi sanitarne tegoż zakonu, przeznaczone dla rannych; podczas serbsko-tureckiéj wojny był naczelnym szefem sanitarnym po stronie Serbów, a podczas wojny rosyjsko-tureckiéj organizował stowarzyszenie czerwonego półksiężyca w Stambule, wreszcie podczas wojny serbsko-bułgarskiéj oddawał usługi po stronie Serbów. Od czasu istnienia Towarzystwa ratunkowego we Wiedniu jest jego sekretarzem. Liczne jego pisma ulotne odnoszą się do służby zdrowia cywilnéj i wojennéj oraz do traktowania chorych na umyśle. — Otóż szkic tego pracowitego żywota, oddanego ciągle służbie dla chorych i rannych. Mąż taki zasługuje na szacunek ogólny, a głównie ze strony lekarzy całego świata.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 17 b. m. odbytem przedstawiono różne wyroby krajowe, a Towarzystwo uchwaliło polecić takowe. Przewodniczący przywitał obecnych na posiedzeniu: koll. Dra Jabłonowskiego z Burgas i Bączkiewicza z Warszawy. Na wniosek prof. Korczyńskiego członkowie obecni uchwalili składkę na zakupno akcyi teatru Poznańskiego; wreszcie kol. Żuławski demonstrował działanie leków nasennych na chorych znajdujących się w zakładzie dla obłąkanych.

* Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. wybrano dziekanem na rok przyszły szkolny prof. Dra Stopczańskiego, delegatem zaś Wydziału do Senatu akademickiego prof. Dra Obalińskiego.

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

W sekcyi chirurgicznéj zapowiedzieli w dalszym ciągu odczyty: Dr. Szuman (z Torunia): Przyczynek do kazuistyki wycięcia nerki gruźliczéj.

Tenże: O użyciu lysolu (*lysolum purum*) w chirurgii operacyjnéj.

Dr. Dembowski (z Wilna): Plastyka w obec defektu wargi i policzka.

Tenże: Przyczynek do chirurgii jelit.

Tenże: Przyczynek do kwestyi wycięcia migdałka zajętego rakiem.

Dr. Czesław Podgórski (z Krakowa): O wskazaniach do rezekcyi jelit pierwszorzędnéj. Studyjum kliniczne na podstawie 50-ciu przypadków operowanych w oddziale prof. Obalińskiego.

Dr. Leon Wachholz (z Krakowa): Spostrzeżenia nad narkozą przeważnie chloroformową (z oddziału prof. Obalińskiego).

Dr. Kryński (z Krakowa): O pochodzeniu spraw zapalnych infekcyjnych w otrzewnie.

Dr. Raczyński (z Krakowa): O chirurgicznem leczeniu otoku piersiowego (z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika).

W sekcyi okulistycznéj zgłosili wykłady w dalszym ciągu: Dr. Kamocki: Przerostowe zapalenie jagodówki (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych).

Tenże: O urazowych pęknięciach białkówki w przednim odcinku gałki ocznéj (z przedstawieniem preparatów drobnowidowych).

Prof. Dr. Rydel: Przyczynek do rozpoznawania niedowidzenia skutkiem zatrucia tytuniowego i wyskokowego.

Dr. Sroczyński: Kilka słów o cięciu celem wydobycia zaćmy twardéj.

Podając już zapowiedziane wykłady do wiadomości, zwracam się zarazem do szan. Kolegów z uprzejmą prośbą o jak najrychlejsze zgłaszanie się z dalszemi wykładami, aby porządek dzienny posiedzeń sekcyi okulistycznéj wcześnie ułożyć i ogłosić można.

Prof. Dr. Rydel
przewodniczący sekcyi okulistycznéj.

Do sekcyi medycyny wewnętrznéj zgłosił w dalszym ciągu Dr. Piotrowski ze Lwowa dwa wykłady: 1) O rozpoznawaniu nerwic urazowych. 2) O obecnym stanie elektroterapii (wraz z demonstracyjami na przyrządach elektroterapeutycznych nadesłanych na wystawę).

Do sekcyi medycyny teoretycznéj zgłoszono w dalszym ciągu: Prof. Cybulski (z Krakowa): Praktyczny sposób oznaczania czułości galwanometru (demonstracyja).

Doc. Piotrowski (ze Lwowa): O wpływie związków chemicznych na galwaniczną pobudliwość nerwów.

W sekcyi chemicznéj zgłosili wykłady: Prof. Dr. Raymann: 1) Chemicko-biologické studie; 2) Optické konstanty rhaumosy.

W sekcyi farmakologicznéj: Doc. Dr. Chodounsky: K fysiolog. účinku některých deritatu benzolovych

Sekcyja matematyczno-przyrodnicza Akademii Umiejętności w Pradze czeskiéj uchwaliła, aby na Zjeździe naszym reprezentowaną była przez dwóch delegatów, a mianowicie prof. Raymana i Doc. Chodounskyego.

Wreszcie dowiadujemy się, że koledzy czescy przybędą d. 16 lipca wieczorem w licznym poczcie.

W sekcyi II-éj zgłosił prof. Dr. Feigel (ze Lwowa) wykład p. t.: „Odróżnienie drobnowidowe krwi ludzkiéj od zwierzęcéj, z okazaniem wyrobów drobnowidowych.

* Bawi obecnie w Krakowie zacny kol. Dr. Jabłonowski z Burgas, wieloletni nasz współpracownik i zawsze życzliwy orędownik młodzieży naszéj uniwersyteckiéj.

* W Krynicy było do dnia 8-go czerwca gości 471; w Cieplicach czeskich do d. 10 czerwca gości 1832.

* W tygodniu 22-gim (od 31 maja do 6 czerwca) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 45, skonów 36, z tych z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 7, z nieżytu żołądka i jelit 4, z dławca i błonicy 2.

* **Wiedeń**. D. 14 b. m. odbyła się pod arkadami gmachu uniwersyteckiego uroczystość odsłonięcia popiersia prof. Hebry. Na popiersiu znajduje się napis: *Ferdinandus eques de Hebra, dermatologiae professor Vindobonensis intra annos 1849 et 1880, natus 7 Sept. 1816. obiit 5 Aug. 1880.* Po przemówieniu Rektora Uniw., wygłosił mowę zięć Hebry prof. Kaposi, podnosząc zasługi nieboszczyka w dziedzinie dermatologii.

* **Nekrologija**. Od kol. Dra Gąsiorowskiego, obecnie lekarza więziennego w Stanisławowie. otrzymaliśmy pismo następujące:

„Nie znalazłszy w ostatnich 2 Nrach „Przeglądu Lekarskiego“ wzmianki o śmierci Dra Zygmunta Lewandowskiego, prymaryjusza szpitala powsz. w Bochni, zmarłego tamże w 50 r. życia d. 1 b. m., ośmielam się prosić p. Redaktora, by był łaskaw w najbliższym Nrze „Przegl. Lek.“ bodaj krótkie wspomnienie poświęcić pamięci tego kolegi, który na to ze wszech miar zasługiwał. Był to bowiem lekarz sumienny, gruntownie wykształcony, odznaczający się rzadką skromnością i szlachetnością, która jednała mu serca nietylko u kolegów, którzy go szanowali, ale i u szerszéj publiczności, która go również szacunkiem i sympatyją otaczała. Będąc kilka lat w Wiśniczu, o milę tylko odległym od Bochni, przypatrzyłem się zbliska jego skromnemu, pracowitemu, a na wskróś zacnemu życiu, obfitemu w czyny prawdziwéj miłości bliźniego i szczerego przywiązania do kraju. To też z czystem sumieniem i niejako z poczucia koleżeńskiego obowiązku kreślę tych słów kilka, chcąc przez to oddać świadectwo prawdziwéj, choć cichéj zasłudze. Zasługi te,

to zacne i pracowite życie oceniła Bochnia i okolica przez wspaniały pogrzeb, w którym wszystkie warstwy ludności bez różnicy wyznania tłumnie udział wzięły. Śmiało rzec można, że zmarły był ozdobą stanu lekarskiego, którego godności na każdym kroku przestrzegał.

Listem niniejszym pragnę tylko zwrócić uwagę p. Redaktora na zgon zacnego i prawego kolegi, któremu słusznie się należy bodaj szczupłe miejsce w „Przegl. Lek.“ na sympatyczne wspomnienie pośmiertne“.

* Z kosztów na wieniec, który bliżsi koledzy ś. p. Drowi Grossowi złożyli, pozostało 8 złr., którą to kwotę złożono na ręce Administracyi „Przeglądu“ na fundusz wdów i sierót po lekarzach.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 6: Szumana: Kilka słów o użyciu lyzolu przy desinfekcyi ran; Chłapowskiego: O nasieniotoku i jego leczeniu; Święcickiego: Cięcie cesarskie z powodu eklampsyi przy końcu ciąży; Drobnika: 20 tracheotomij wykonanych w Poznaniu w jesieni 1890; Pomorskiego: Przyczynek do etiologii czarnéj choroby noworodków (c. d.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 1891, I.: Sprawozdanie ze spostrzeżeń czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych metodą Kocha, a mianowicie sprawozdania Baranowskiego, Srebrnego, Elsenberga, Jasińskiego, Herynga, Brodowskiego, Dunina, Dąbrowskiego i Bujwida. — W *Gazecie Lek.* Nr 24: Fingera: O ostrem zatruciu jodowem; Sokołowskiego: Przypadek owrzodzenia gruźliczego wargi dolnej, leczony sposobem Kocha; Biernackiego: Działanie wysokiéj ciepłoty na fermenty trawienne (dok.).

Redakcyja otrzymała

Dr. Justyn KARLIŃSKI: Poszukiwanie nad przyrodą zimnicy z rysunkami (odbitka z *Nowin lek.* 1891), in 8 vo m. str. 21. — Wł. JAWORSKI: O zmianach anat. w pęcherzyku żółciowym (odbitka z *Gazety Lek.* 1891), in 8-vo str. 25. — Dr. J. GRABOWSKI: Busko, Warszawa 1890, in 12-mo str. 47.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 27 Czerwca 1891. Nr. 26.

Redakcyja:
Na Podwału (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Kazuistyka sądowo-lekarska.

I.

Otrucie główkami zapałek — śmierć w 10 godzin. Badanie chemiczne po 2 miesiącach.

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz miejski w Krakowie.

Zwierzchność gminna w N. zawiadomiła Prokuratoryję Państwa, że niezamężna F. K. otruła główkami zapałek swoje 3 miesięczne dziecko i że przyznała się do czynu w obec miejscowego duszpasterza. Dziecko zmarło o godzinie 11-téj w nocy z 19 na 20 sierpnia, sekcyję sądową wykonali lekarze dr. F. i dr. B. dnia 26 sierpnia; protokół sekcyi brzmi jak następuje:

A. Oględziny zewnętrzne. 1. Zwłoki dziecięcia płci żeńskiéj przeszło dwa miesiące liczyć mogącego, odpowiednio do wieku rozwiniętego. 2. Głowa na wierzchołku swym, bokach i tyle pokryta włosem miękkim. Ciemię duże i małe wymacalne, błoniaste, ciemiączka boczne zarośnięte. Twarz żółtawo-zielono zabarwiona, oczy zapadłe, obwódkami sinemi otoczone, powieki ócz przymknięte, rogówki zupełnie zaćmione, pomarszczone tak, że tęczówek rozróżnić nie można. Usta w pół otwarte, język na dnie jamy ust. Błona śluzowa warg sinawo zabarwiona, dziąseł zaś zupełnie blada. W jamie ust nie znaleziono żadnego ciała obcego, prócz pokładów białawo-żółtych, pochodzących od grzybków pleśniowych. 4. Na całéj tylnéj powierzchni tułowia, również na tylnej powierzchni kończyn, tak górnych jak dolnych, widać rozlewające się wzajem plamy sino-czerwone, jakie również lubo mniéj liczne i w rozmiarach swych mniejsze znajdujemy na bocznych częściach klatki piersiowéj, na wewnętrznéj powierzchni ud, tudzież na przedniéj i zewnętrznéj powierzchni kończyn górnych. 5. Brzuch miernie gazami wzdęty a powłoki brzuszne, zwłaszcza w górnym odcinku, zielonawo zabarwione. Skóra na brzuchu wiotka, łatwo we fałd ująć się dająca, a podściółka tłuszczowa dochodzi zaledwie grubości 2 mm. 6. Otwór stolcowy rozwarty, widzialna błona śluzowa blada, w otworze zaś tym nie widać żadnego ciała obcego. 7. Z naturalnych otworów ciała prócz zwykłéj woni trupiéj innéj nienaturalnéj wyczuć nie można. 8. W całym dostępnym badaniu układzie kostnym, również i na powłokach ogólnych ciała nie znaleziono żadnych widocznych śladów uszkodzenia.

B. Oględziny wewnętrzne. 9. Po otwarciu jamy brzusznéj wypływa z takowéj płyn surowiczy, wiśniowy, którego cała ilość znajdująca się w jamie brzusznéj wynosi około 100 gr. 10. Kiszki tak cienkie jak grube rozdęte gazami wypełniają całą otwartą jamę brzuszną. Powierzchnia ich surowicza gładka połyskująca albo jednostajnie sino-czerwono zabarwiona, lub też takież plamy nieregularne okazująca. 11. Żołądek miernie rozdęty przedstawia powierzchnię swą gładką, połyskującą, brudno-sino-czerwono jednostajnie zabarwioną. 12. Następnie przystąpiono do podwiązania żołądka, co uczyniono w ten sposób, że założono dwie podwiązki powyżéj wpustu żołądka, a dwie również w dolnéj części dwunastnicy. Następnie pomiędzy opisanemi podwiązkami przecięto części podwiązane i w ten sposób wydobyto cały żołądek. 13. Żołądek wyjęty trzymając ponad słojem szklanym otwarto w kierunku krzywizny małéj, przyczem stwierdzono, że żołądek jest próżny. Błona śluzowa żołądka całego nabrzękła, szarawym śluzem pokryta i znacznie rozpulchniona. Wśród śluzu pokrywającego błonę śluzową dna żołądka aż w kierunku ku wpustowi znajdują się liczne drobniuchne cząsteczki barwy żółtawo-zielonéj, przypominające jakby sproszkowaną siarkę. Cząsteczki te roztarte w palcach wydają woń zupełnie podobną do woni, jaką wydaje roztarta główka zwykłéj siarkowéj zapałki, a rozcierając ją między palcami w najciemniejszym kącie trupiarni widzieć można powierzchnię palca wyraźnie świecącą. 14. Żołądek opatrzony w sposób jak wyżéj włożono do słoika szklanego liczbą I oznaczonego. 15. Błona śluzowa kiszek cienkich rozpulchniona, nabrzmiała, szarawym śluzem pokryta, po spłukaniu wodą przedstawia na powierzchni swéj zresztą gładkiéj nabrzmiałe gruczołki odosobnione, tudzież rozrzucone tu i owdzie plamy nieregularne, ciemno czerwone, wielkości od główki szpilki do grochu okrągłego, w miejscu których powierzchnia błony śluzowej jest gładką. 16. Błona śluzowa kiszek grubych rozpulchniona i znacznie nabrzmiała i szarawo-żółtym śluzem pokryta, przedstawia gruczoły nabrzmiałe tudzież plamy nieregularne ciemno-sino-czerwone, podobne do opisanych pod l. 15. W kiszkach grubych znaleźliśmy prócz tego mierną ilość

żółtawego kału. 17. Wątroba rozmiarów prawidłowych przedstawia brzegi cienkie, powierzchnię gładką, połyskującą. Barwa wątroby jest żółto-brunatną i to ciemniejszą na przedniéj, jaśniejszą zaś na tylnéj powierzchni, przedstawiając jednakowoż na górnéj powierzchni płatu zewnętrznego, oraz na dolnéj powierzchni obu płatów liczne nieregularne plamy ciemno-sino-czerwone. Na przekroju miąższ wątroby jasnobrunatno zabarwiony przedstawia gęsto ułożone żółtawe punkciki. Miąższ ten przy badaniu palcem przedstawia się miernie kruchym. 18. Śledziona nieco większa, jednostajnie brudno-wiśniowo zabarwiona, torebka jéj pomarszczona, po nacięciu widać miąższ w pół płynny, barwy brudno-wiśniowej. 19. Nerka lewa skąpą tkanką tłuszczową otoczona, wielkości prawidłowéj, torebka jéj z łatwością schodzi z powierzchni gładkiéj, połyskującéj, jasno brunatno zabarwionéj a okazującéj liczne drobne kształtu gwiazdkowatego plamki ciemno-sino-czerwone, na przekroju istota korowa wązka i jasnobrunatna, istota rdzenna zaś ciemniéj zabarwiona, przedstawia podłużne żółtawe pasemka. Miąższ nerki miernie kruchy. Nerka prawa przedstawia podobne do opisanych zmiany. 20. Pęcherz moczowy skurczony, zawiera kilka kropel żółtawego moczu, błona śluzowa pęcherza blada. 21. Płuco prawe wolne, powierzchnia jego gładka, w górnych płatach jasno, w dolnych zaś ciemno-wiśniowo zabarwiona. W jamie opłucnowéj prawéj nieco płynu surowego wiśniowego. Miąższ płuca tego elastyczny, po nacięciu w górnych płatach jasno, w dolnych zaś ciemno-czerwony, a powierzchnia przekroju naciśnięta wydziela płyn jasno-wiśniowy pienisty. 22. Płuco lewe również wolne o powierzchni gładkiéj, w górnym płacie jasno-wiśniowo, w dolnym ciemno-czerwono zabarwiony. Miąższ płuca tego również w dotknięciu elastyczny, a na przekroju zalewa się po naciśnięciu płynem wiśniowym pienistym. 23. W worku sercowym około 10 gr. płynu surowiczego barwy ciemno-wiśniowéj. Serce w całości zwiotczałe, mięsień serca blady, przy nacisku palcem kruchy, środsierdzie jednostajnie blado brunatno zabarwione, zastawki serca prawidłowe. 24. Część wątroby, nerkę prawą, tudzież serce włożono do słoja szklanego oznaczonego Nr. II. Tak słój Nr. I jak i słój Nr. II zawiązano szczelnie pęcherzem i odpowiednią pieczęcią urzędową opieczętowano. 25. Błona śluzowa gardziela gładka, połyskująca, jednostajnie różowawo zabarwiona, gardziel próżny. 26. Błona śluzowa krtani i tchawicy prawidłowa. 27. Gruczoł tarczykowy rozmiarów prawidłowych, barwy na przekroju jasno-brunatnej. 28. Grasica mała, konsystencyi prawidłowéj, blada. 29. Skóra ogłowia na wewnętrznej powierzchni blada. Kości czaszki jednostajnie sino czerwonawo zabarwione dochodzą grubości 3 mm. 30. Błona twarda w okolicy zatoki sierpowatéj ściśle z kośćmi czaszkowemi zrośnięta, gładka połyskująca, a naczynia jéj miernie krwią nastrzykane. Błony miękkie gładkie, przeźroczyste, okazują naczynia tak tętnicze jak i żylne mocno krwią nastrzykane 31. Mózg w całości miękki, papkowaty, blado szaro zabarwiony, przedstawia tu i owdzie drobne punkcikowate wynaczynionki. W komórkach bocznych bardzo mała ilość płynu żółtawego surowiczego. Móżdżek przedstawia te same zmiany co mózg. 32. Kości tak sklepienia jak i podstawy czaszki nienaruszone.

Orzeczenie. Na podstawie powyższych oględzin zwłok orzekamy *a*) że obdukowane dziecko zmarło skutkiem ostrego zapalenia żołądka i kiszek, *b*) że zapalenie to wywołało ciało obce znalezione w żołądku, którego cechy opisane w punkcie 13 protokołu oględzin wskazują dowodnie, że ciało to stanowiły sproszkowane części zawierające fosfor z główek zwykłych zapałek, *c*) że zatem śmierć dziecka obdukowanego nastąpiła skutkiem otrucia fosforem. Na zapytanie sądu, czy obdukowane dziecko przed zatruciem nie podlegało jakiejś chorobie przedwłocznéj a mianowicie tak zwanym suchotom dziecięcym orzekamy, że sekcyja zwłok nie wykazała wcale danych za podobnem cierpieniem przemawiających.

Franciszka K. matka, zeznaje, że dziecko zrazu zdrowe, zaczęło na miesiąc przed śmiercią niedomagać, nie sypiało w nocy, tak, że je za chore uważała, a mianowicie za dotknięte suchotami. Z tego też powodu podawała mu odwar z rośliny przestęp i z rumianku, gdy zaś polepszenie nie występowało, podała dziecku popołudniu dnia 19-go sierpnia główki z dziewięciu zapałek, zmięszane z mlekiem, a uczyniła to, gdyż sobie przypomniała, że pewna nieznana jej kobieta zalecała główki zapałek jako lek skuteczny w suchotach. Po wypiciu téj mięszaniny dziecko spało do wieczora spokojnie, dopiero około godziny 9-tej zaczęło gwałtownie krzyczeć i rzucać się tak, że go utrzymać nie było można i w stanie tym umarło po 2 godzinach — w przebiegu swéj choroby, ani bezpośrednio przed śmiercią dziecko nie wymiotowało ani razu. Twierdzi, że nie miała wcale zamiaru dziecka życia pozbawić, dodaje jednak, że napój przyrządziła i podała niemowlęciu, gdy nikogo w domu nie było.

Współmieszkańcy obwinionej zeznali, że Franciszka K. nie żaliła się nigdy, jakoby dziecko było dla niéj ciężarem, że dziecko od urodzenia było zupełnie zdrowe i nigdy nie zachodziła potrzeba podawania mu leków. W dniu 19 sierpnia uczuli oni silną woń zapałek, gdy w południe do chałupy z pola wrócili, na zapytanie jednak co do przyczyny téj woni, nie otrzymali od Franciszki K. dostatecznego wyjaśnienia. Dziecko spało wtedy spokojnie w kołysce. Gdy ponownie o zmierzchu do chałupy powrócili, zauważyli również tę samą woń, a nawet twierdzi Wiktoryja T., gospodyni domu, że widziała w izbie kilka zapałek leżących około stołu. I tym razem zastali dziecko śpiące spokojnie, dopiero około godziny 9 dziecko zbudziło się z przeraźliwym krzykiem — który trwał wśród wielkiego niepokoju do samej śmierci w dwie godzin. W czasie tym dziecko wcale nie wymiotowało, a matka nie przyznawała się do podania dziecku jakiegokolwiek leku.

Inni świadkowie, przeważnie kobiety sąsiadki stwierdzają, że dziecko chowało się zdrowo i nie było nigdy mowy o potrzebie leczenia tegoż — żadna nie słyszała o tem, jakoby główki zapałek miały służyć za lekarstwo przeciw suchotom. Karczmarka miejscowa zeznała, że obwiniona kupiła dnia 18 go i 19 po jednej paczce zwykłych zapałek ze siarką. Wszystkich uderzyło, że dziecko przedtem zupełnie zdrowe umarło nagle, chorując zaledwie dwie godzin, a kombinując to spostrzeżenie z wonią, która ich uderzała za każdem wejściem do izby, domyślali się, że dziecko zostało otrute, do czego się też Franciszka K. wobec księdza przyznała, gdy ją badał, uderzony rychłą śmiercią przedtem zdrowego niemowlęcia. (Dok. nast.)

II. Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowej.

Podał

Dr. R. Barącz we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 25.)

Płuco prawe daleko mniejsze od płuca lewego: w dolnym płacie miąższ jego jest miękki, gąbczasty, podczas gdy w górnym i średnim płacie płuca prawego miąższ jest zbity, twardo-sprężysty, niepodatny, chrząstkowaty tak, że zaledwie nożem krajać się daje, przyczem czuć trzeszczenie jakby przy cięciu twardego ścięgna. Oskrzela otwarte nożyczkami od strony tchawicy okazały się mocno rozszerzone; błona śluzowa ich zgrubiała, szaro-łupkowa, pokryta gęstym śluzem, szaro zabarwionym. Drobniejsze oskrzela kończą się licznemi jamkami w miąższu płuca wielkości fasoli, bobu i grochu, wypełnionemi brudno-szarą, gęstą, lepkawą treścią, posiadającemi ściany przeważnie szkliące, gładkie, szaro-łupkowo zabarwione, tu i owdzie tylko nierówne, strzępiaste; otaczający zaś je miąższ płuc jest ciemno szaro-łupkowy, chrząstkowato twardy, bezpowietrzny. Po przekrojeniu płuca prawego, które wymagało wielkiéj siły, znaleziono i na powierzchni tychże przekrojów liczne jamki wielkości grochu lub bobu, wypełnione masami serowatemi, brudnoszaremi, tu i owdzie zaś miazgę mazistą, szaro-łupkową, w któréj zaraz po sekcyi znaleziono pod drobnowidem również liczne *actinomyces*.

W dolnym płacie oskrzela mniéj porozszerzane, błona śluzowa ich sinawo czerwona; miąższ płuc nieco tylko zbitszy, trzeszczący przy przekrawywaniu, powietrzny, przytem dość mocno przekrwiony.

Płuco lewe znacznie większe od prawego, nadmiernie powietrzem rozdęte, wszędzie zawiera powietrze; oskrzela jego nieco tylko rozszerzone okazują błonę śluzową lekko obrzękłą, sinawo-czerwoną, przytem znaczny stopień przekrwienia i ostrego zbrzęknięcia.

Worek sercowy w zupełności przyrośnięty zapomocą włóknistéj, zbitéj tkanki łącznéj do osierdzia sercowego tak, że obie blaszki z trudnością tylko oddzielić się dały. Serce okazało się przytem prawidłowo wielkie, mięsień sercowy blado żółtawy, kruchy; zastawki prawidłowe, ściany aorty okazują lekki stopień miażdżycy.

Wielkie gruczoły brzucha: śledziona, wątroba i nerki nie okazują prócz miernego stopnia stłuszczenia, jakoteż surowiczego przesiąknięcia miąższów żadnéj ważniejszéj zmiany patologicznéj; podobnie pęcherz moczowy i narządy płciowe.

Żołądek i jelita są blade.

Diagnosis anatomica: Actinomycosis pulmonis dextri. Induratio chronica fibrosa lobi superioris et medii pulmonis dextri, oedema lobi inferioris. Cavernae actinomycoticae apicis pulmonis dextri. Pleuritis chronica adhaesiva (pseudomembranae callosae) regionis apicis pulmonis dextri. Fistula oesophagi in glandulas retrobronchiales et in pseudomembranas pleurae lateris dextri tendens. Concretio cordis cum pericardio. Caries costarum I, II, III, IV et V, lateris dextri (Exostoses costarum). Abscessus actinomycotici fistulosi colli lateris dextri et sterni. Caries sterni actinomycotica. Cysticerci cellulosae dispersi cerebri.

Przypadek nasz wyszczególnia się pod wieloma względami od przypadków promienicy płuc dotychczas obserwowanych. Jak wiadomo, przypuszczano ogólnie dwie drogi wniknięcia grzybka promieniczego do płuc; takowy dostać się może do płuc albo przez aspiracyję z jamy ust, a względnie z powietrza wdychanego (I. Israel), albo też drogą gardziela (Ponfick, Soltmann). Za ostatnią możliwością przemawiały dotąd jedynie 2 przypadki; przypadek Ponficka[1]) i przypadek Soltmanna[2]). — W przypadku Ponficka znaleziono przy sekcyi na tylnéj ścianie gardziela przetokę prowadzącą do ogniska ropnego promienicowego w tkance przedkręgowéj, obok zmian promieniczych w miąższu płuca.

Przypadek Soltmanna był następujący:

11-letni chłopiec połknął kłos, *hordeum murinum*. Wkrótce potem trudności połykowe, bóle w połyku, krwioplucie. Przemijające ustąpienie bólów. Wkrótce na nowo ból w połyku rozpromieniający ku stronie prawéj grzbietu. Tu wytworzył się ropień, z którego wydobyto kawałek przedtem połkniętego kłosa. Wśród wytwarzania się coraz to nowych ropni po prawéj stronie klatki piersiowéj, kaszlu, wychudnienia i utrudnienia oddechania śmierć w $1\frac{1}{2}$ roku od czasu połknięcia kłosa. Sekcyją stwierdzono znaczne zmiany promienicowe w kręgach, w tkance przedkręgowéj i opłucny prawéj, również karnifikacyję obu dolnych płatów prawego płuca. Wprawdzie w przypadku tym nie napotkano w gardzielu ani przetoki ani blizny, jednak przebieg kliniczny przemawia, że grzybek promieniczy wniknął w tym przypadku z połkniętym kłosem.

Mój przypadek jest nowym dowodem możności powstania sprawy promienicowéj w płucu drogą gardziela. W moim przypadku rozpoczęła się choroba od bólu gardła, obrzęku szyi i niemożności łykania pokarmów stałych a sekcyja wykonana w 5 miesięcy potem stwierdziła na przedniéj ścianie gardziela (w odległości 10 centim. od nagłośni) przetokę drążącą blisko głównego oskrzela prawego i gruczołów oskrzelowych, t. j. blisko wnęki płuca prawego, do jamy otoczonéj twardem, bliznowatem utkaniem. Cały przebieg kliniczny tego przypadku oraz zmiany napotkane przy sekcyi, przemawiają w wysokim stopniu za tem, że choroba wzięła tu początek z gardziela, i że przez przeniknięcie ścian tegoż grzybek promienicy dostał się do miąższu płucnego.

Co do sposobu zarażenia się nie mamy w tym przypadku żadnych pewnych danych. Grzybek mógł wniknąć tu do gardziela z jakimś pokarmem roślinnym, być może żdżbłem. Również podnieść muszę okoliczność, że chory sypiał często w stajni krów na słomie i sianie i że we wsi, z któréj pochodził, panować miała przed rokiem choroba u bydła rogatego, objawiająca się guzami na szczęce.

Przypadek nasz jest i z tego względu ciekawy, że choroba rozwinęła się w obu płatach górnych płuca, a płat dolny nie okazywał żadnych charakterystycznych zmian.

Przypadek nasz wspólnie z przypadkami Lindta[3]), Petrowa[4]) i Moosbruggera[5]) dowodzą dosadnie, że choroba rozwinąć się może wyłącznie w górnych płatach, a względnie w szczycie jednego lub obu płuc i że mylne jest zdanie I. Israela[6]) i Partscha[7]), jakoby szczyty płuc były oszczędzane przez grzybek promieniczy, i w tem leżała różnica rozpoznawcza promienicy od gruźlicy płuc. Podobnie jak gruźlica płuc może się pierwotnie rozwinąć w dolnym płacie, tak samo może i ognisko promienicze rozwinąć się pierwotnie w szczycie, a względnie w górnych płatach płuc i ztąd posunąć się ku dołowi.

Również podnieść muszę w naszym przypadku brak zapadnięcia choréj strony klatki piersiowéj (*retrecissement de la poitrine*), pomimo rozległości zmian i późnego okresu choroby, który to objaw uważa I. Israel obok zapalenia opłucny, jako cechujący promienicę płuc w późniejszych okresach choroby. Możliwem jest jednak, że znaczny obrzęk części miękkich klatki piersiowéj maskował tu w każdym razie bardzo nieznaczne zapadnięcie klatki piersiowéj.

W przypadku naszym można z wielkiem prawdopodobieństwem oznaczyć czas trwania choroby. Jeżeli początek choroby odniesiemy do objawów zapalenia połyku (z końcem grudnia 1889), za czem przemawia okoliczność, że chory przedtem czuł się zupełnie zdrowym, to do wytworzenia się ognisk na klatce piersiowéj potrzeba było czasu 4 miesięcy, a do otwarcia samoistnego tych ognisk czasu jednego miesiąca; od początkowych objawów do zejścia śmiertelnego upłynęło zatem 5 miesięcy. Przypadek nasz odznaczał się zatem niezwykle szybkim przebiegiem w porównaniu z innemi przypadkami odnośnemi.

Co się tyczy grudek tak pochodzących z ropni szyjnych i klatki piersiowéj, jak i z plwocin, to takowe przedstawiały obraz drobnowidowy odmienny od obrazu w znanych przypadkach promienicy płuc. Podczas gdy zazwyczaj *mycelium* było bardziéj wykształcone w dotąd obserwowanych przypadkach, w naszym pałki odznaczały się niezwykłym rozwojem, natomiast *mycelium* przedstawiało się po zabarwieniu sposobem Grama w postaci krótkich, cieniuchnych, z ziarenek pojedynczych złożonych nici. W żadnym preparacie nie mogliśmy wykazać długich, dichotomicznie dzielących się nici. Nitki te porównane z preparatami po-

---

[1]) *Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1885, Nr. 30 i ref. w *Centralbl. für Chirurgie* 1885, str. 316. — [2]) *Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1885, Nr. 3, str. 32 i 33 i *Jahresbericht f. Kinderheilkunde* Tom 24, 1888, str. 129 i nast.

[3]) *Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte* 1889, Nr. 9, str. 262 i ref. w *Centralbl. f. klin. Medicin* T. 48. — [4]) *Berlin. klin. Wochschrft* 1888, Nr. 27, str. 531. — [5]) *Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie* 1886, Tom II, zeszyt II, str. 384 i nast. — [6]) *Klinische Beiträge zur Kenntniss der Aktinomycose des Menschen.* Berlin 1885, str. 84 i 85. — [7]) *Die Actinomycose des Menschen. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 306 i 307, str. 2871.

chodzącemi z innych przypadków promienicy odpowiadały zupełnie budową swą nitkom grzybka promienicowego. Prawdopodobnie w naszym przypadku rozchodziło się o późny okres rozwoju, o „stan degeneracyjny“ tworów promienicowych.

Co się tyczy częstości pojawiania się grudek promienicznych w plwocinach, zrobiłem spostrzeżenie, że takowe tylko co kilka dni wykazać można było i to z początku w znacznéj, późniéj w skąpéj ilości. Spostrzeżenie to nie zgadza się ze spostrzeżeniem Lakera[1]), który przez kilka miesięcy znajdował codziennie regularnie znaczną ilość grudek. Sprzeczność tę tłómaczę sobie w ten sposób, że prawdopodobnie w przypadku Lakera ogniska promienicze w miąższu płucnym komunikowały z większem oskrzelem i że sprawa w płucach musiała być świeższą. W każdym razie nie można przypuścić na podstawie mojego spostrzeżenia jako objawu stałego trwałą obecność grudek w plwocinach.

Wreszcie muszę się usprawiedliwić, dlaczego w moim przypadku próbowałem przedsięwziąć operacyję. Zachęciły mnie do tego korzystne wyniki przedtem operowanych przypadków promienicy zewnętrznéj, i usilne upominanie się o to chorego; myślałem przytem, że jakkolwiek choroby może nie uleczy się przez to trwale, to może przez wypróżnienie kawerny, a tem samem wydalenie znacznéj części grzybków promienicowych z ustroju, przedłużyć będzie można choremu życie. Ropnie na szyi i mostku wskazywały mi zresztą dążność ustroju do eliminacyi ognisk promieniczych na zewnątrz. Założyłem sobie więc następujący plan: odszukanie przetok łączących ognisko w kości mostkowéj z opłucną, a względnie z kawerną, wyskrobanie ogniska w kości mostkowéj, a względnie resekcyja kości mostkowéj, wyskrobanie przetok a względnie kawerny, drenowanie i przepłukiwanie kwasem borowym kawerny. Przetoki do opłucnéj i do kawerny nie znaleziono; ograniczono się do wyłyżeczkowania kości mostkowéj i ropni na szyi. Przytem przekonano się, że resekcyja mostka byłaby w tym przypadku niemożliwą z powodu znacznego rozszerzenia naczyń żylnych i krwotoku znacznego z kości. Stan znaleziony przy nekroskopii przekonał nas, że usunięcie doszczętne ognisk chorobowych w tym przypadku było niemożebnem.

O ile mi wiadomo, próbowali jedynie Rydygier[2]) i N. Weliaminów[3]) otwarcia kawern promieniczych. Oba przypadki dotyczyły kobiet. W przypadku Weliaminowa kawerna była powierzchowną i po odsłonięciu jéj przez resekcyję żebra i wyskrobanie nastąpiło ogólne polepszenie i chora żyła jeszcze 1½ roku. W 1½ roku jednak od czasu wykonania operacyi obok przetok po operacyi pozostałych znaleziono nowy ropień na klatce piersiowéj w miejscu dawniéj przedsięwziętéj operacyi. Ostateczny wynik przypadku Rydygiera jest mi nieznany.

Przypadek Weliaminowa zachęcałby do operacyi kawern promieniczych w płucu, powierzchownie położonych w przypadkach niezbyt zadawnionych, a to celem przedłużenia życia chorych. Na podstawie przebiegu dotychczas znanych przypadków promienicy płuc (około 50-ciu), z których większość zakończyła się śmiercią chorych i na podstawie wyniku oględzin pośmiertnych w tych przypadkach muszę jednak wypowiedzieć zdanie, że promienica płuc nie nadaje się zazwyczaj do radykalnego zabiegu chirurgicznego i że przy propagacyi choroby na ściany klatki piersiowéj, zmiany w ustroju są tak rozległe i choroba zajęła już zazwyczaj tak ważne narządy, że na zabieg żaden kusić się nie należy.

Jeżeli sprawa chorobowa ograniczałaby się do oskrzeli (jedyny znaczny przypadek Carnalégo) wskazane byłyby wdychiwania z olejku terpentynowego, których korzystny wpływ zauważył Carnali[4]). Również w przypadkach z zajęciem miąższu płucnego należałoby stosować wdychiwania bądź to z olejku terpentynowego, bądź z środków alkalicznych.[1])

Przypadek nasz odznacza się brakiem przerzutów w innych narządach wewnętrznych, które w większości przypadków stwierdzono, jako też tą okolicznością, że ustrój naszego chorego stanowił żyzną glebę dla dwóch ciężkich pasorzytów ustroju: wągrowca i grzybka promieniczego.

Skrawki pochodzące z utkania płuca prawego przedstawiały pod drobnowidem obraz podobny do obrazu opisanych przypadków promienicy płuc. Utkanie płuca jest zamienione w przeważnéj części w tkankę łączną zbitą, zawierającą obfite złogi barwika czarnego, w któréj zupełnie alweolarnéj budowy rozróżnić nie można. Miejscami jest utrzymana budowa alweolarna, ale przestwory międzyalweolarne złożone są z masy ziarnistéj słabo albo wcale nie zabarwionéj. W tkance téj nie można wykazać śladu *actinomyces*.

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Konrad Brunner: **O wydzielaniu drobnoustrojów chorobotwórczych z potem.**

Ciekawem i cennem byłoby stwierdzenie, czy drobnoustroje krążące we krwi mogą się przez ściany naczynia przedostać i opuszczać ustrój z wydzielinami. W razie dodatniego wyniku wiele zabiegów leczniczych, jak hydroterapija, środki napotne itd., zyskałoby umiejętne uzasadnienie.

Wyssokowicz i Flügge twierdzą, że przez zdrowe nienaruszone ściany naczyń drobnoustroje przedostać się nie mogą, inni nie doszli do pewnych wyników i pozostawiają kwestyję otwartą. Wielce zajmującemi są badania dokonane w téj sprawie przez Brunnera w zakładzie higijenicznym w Zurychu.

W przypadku ciężkiéj, przewlekłej ropnicy po wągliku głowy (gdy leczenie miejscowe było już zupełnie ukończone) wykazał B. w krwi chorego *staphylococcus pyogenes albus*. Wywoławszy następnie u chorego silne poty, przeniósł nieco potu (po poprzedniem starannem wyjałowieniu skóry) na pożywki z żelatyny i agaru. Na obu pożywkach rozwinęły się kolonije stafilokoków, które wstrzyknięte do brzucha śwince morskiéj, wywołały włóknikowo-ropne zapalenie otrzewny; z wypociny téj uzyskał znowu czyste hodowle. Również wyhodował kolonije stafilokoków (obok innych koków) z kawałka koszuli tegoż chorego, przesiąkniętéj potem. Aby się upewnić, że wynik powyższy nie jest tylko przypadkowym, sprawdza B. doświadczenia swe na zwierzętach.

Prosięciu wstrzyknął do żyły udowéj 10 ctm. sześć. czystéj hodowli stafilokoków; w trzecim dniu wywołał poty i w podobny jak poprzednio sposób otrzymał tak na żelatynie jak na agarze hodowle stafilokoków. Po zabiciu zwierzęcia w mikroskopowym preparacie z ryja wykazano stafilokoki w gruczołach potnych. Podobny wynik otrzymał wstrzyknąwszy kotowi, użytemu do drugiego doświadczenia, prątki wąglikowe.

Nawet drobnoustroje niechorobotwórcze, jak *micrococcus prodiogosus*, wydzielają się z potem, jak wykazuje trzecie doświadczenie wykonane na prosięciu. W ostatnim przypadku badano również ślinę z wynikiem także dodatnim. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 21, 1891). *Dr. S. Hyżycki.*

Farmakologija.

Adler (Budapeszt): **Działanie przeciwgośćcowe i ból kojące „*Euphorinum*“.**

Nowy ten środek wprowadzony został przez Sansoniego. Jestto biały krystaliczny proszek, woni aromatycznéj, smaku ostrego, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo jednak rozpuszczający się w alkoholu i mięszaninie tegoż z wodą, np. w winie. A. stosował środek ten w 24 przypadkach. W 3 przypadkach nerwobólu kulszowego i w 3 nerwobólu czołowego

[1]) *Beitrag zur Charakteristik der primären Lungenactinomycose, Wien. med. Presse* 1889, Nr. 26, 27 i 28. — [2]) *Wiadomość prywatna.* — [3]) *Wracz* 1890, Nr. 42, str. 967 i ref. w *Annals of Surgery*, Vol. XIII, Nr. 3, *Mars* 1891, str. 211. [4]) *Rivista clinica di Bologna* 1882, za wrzesień i październik str. 588.

[1]) Por. przypadek Kuszewa, *Wracz* 1888, Nr. 19.

euforyna sprowadziła szybkie wyleczenie, z 3 przypadków ostrego gośćca stawowego dwa wyleczono, jeden pozostał bez zmiany, w 9 przypadkach przewlekłego gośćca osiągnięto znaczną poprawę; wreszcie w 3 przypadkach gośćca mięśniowego nastąpiło bardzo prędkie wyleczenie. Dawka skuteczna wynosi 0·5 grm. Euforyna nie sprowadza żadnych przykrych objawów ubocznych: stosowano ją także z dobrym skutkiem u ciężarnéj, bez szkody dla matki lub płodu, jako też u 6 cio letniego dziecka w dawce 0·15 z powodu nerwobólu nadoczodołowego, gdy wszelkie inne środki były używane bez skutku. Wreszcie próbowano euforyny w 2 ch ciężkich przypadkach gruźlicy z wysoką gorączką, którą środek ten w pół godziny po zażyciu obniżał z 39·9° na 37·9° i z 39·8 do 38·2. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1891, Nr. 17).

Choroby wewnętrzne.

Pollatschek: **Leczenie przewlekłej biegunki.**

Wiadomo, że małe dawki wody karlsbadzkiéj gorącéj działają korzystnie w obec uporczywéj biegunki, wstrzymując podobnie jak rzewień w małych dawkach ruchy robaczkowe jelit. W nowszych czasach autor posługiwał się także inną metodą, która w niektórych przypadkach znakomite oddawała usługi; jest nią wlewanie wody mineralnéj ciepłéj do odbytnicy. Wodę karlsbadzką z którego bądź źródła świeżo przyniesioną po oziębieniu jéj do 38°, a późniéj stopniowo do 42° C., wlewa chorym za pomocą irygatora z początku raz, potem 2 razy dziennie w ilości 250 – 500 gr. Choremu nakazuje się, aby płyn w sobie ile możności jak najdłużéj zatrzymywał, a gdy mu się to udaje, jestto pewny znak poprawy. Wlewania znosili chorzy dobrze; ilość wypróżnień zmniejszała się, wszelkie dolegliwości znikały, ciężar ciała się zwiększał. Wprawdzie w ciągu kuracyi pomimo najściślejszéj dyjety pojawiały się nawroty, jak zresztą można się tego spodziewać po cierpieniu przewlekłem, jednakże ostateczny rezultat konsekwentnego przeprowadzenia opisanéj metody był zawsze pomyślny. Spostrzeżenia autora opierają się na 8 przypadkach. P. tłomaczy działanie téj metody wpływem korzystnym, który wywiera gorąca woda na *tonus* osłabionych mięśni gładkich, myśl, która znalazła już zastosowanie w ginekologii. Czy i składniki wody mineralnéj uległszy resorbcyi nie odgrywają roli jakiéjś, nie może P. rozstrzygać, jakkolwiek za przypuszczeniem tem przemawia działanie korzystne wody karlsbadzkiéj używanéj *per os.* (*Berl. klin. Wochschr.* 1891, Nr. 18).

G. Sée: **Leczenie gruźlicy zgęszczonem powietrzem.**

Dnia 4 listopada r. z. złożył Germain Sée Akademii medycznéj w Paryżu zapieczętowane pismo, tyczące się leczenia gruźlicy, którego treść wyjawił na posiedzeniu téj Akademii 14 z. m. Metoda polega na tem, że umieszcza się chorych w hermetycznie zamkniętych komorach, do których pod coraz większem ciśnieniem wtłacza się powietrze nasycone kreozotem i eukalyptolem. W takiéj komorze chory przebywa dziennie 2—3 godzin. W ten sposób leczono od sierpnia 1890 przez 3—8 miesięcy 12 przypadków chorób płuc, z tych 10 z pewnem rozpoznaniem gruźlicy. Skutek był taki, że w 7 z tych ostatnich przypadków stan ogólny stał się bardzo dobry; apetyt się poprawił, przybytek na siłach i na wadze znaczny, gorączka, kaszel i krwioplucie ustąpiły. W innym przypadku krwioplucie ustąpiło, sprawa chorobowa w ogóle się jednak nie poprawiła, w dwóch pozostających przypadkach po przemijającem polepszeniu nastąpiło pogorszenie. Przypadek *bronchitis foetida* został w opisany sposób w ciągu 5 tygodni zupełnie wyleczony. Zasada i cel tego postępowania polega na osiągnięciu antiseptyki oskrzeli płuc. Według S. nie leczy ono gruźlicy, ale wstrzymuje jéj postęp; zmiany miejscowe pozostają, prątki z plwocin nie znikają, ale stan ogólny znacznie się poprawia i choroba nie postępuje naprzód. Metoda sama zresztą ma być nieszkodliwą i dla chorych nie jest przykrą. (*Méd. moderne* 1891, Nr. 16). *Dr. Beck.*

Choroby kobiece.

Emil Fischer: **O powstawaniu następowych raków pochwy przy pierwotnym raku macicy.**

Raki pochwy następowe wydarzają się najczęściéj w przypadkach raków pierwotnych macicy, odbytnicy, pęcherza; nowotwór przechodzi szerząc się z organów pierwotnie zajętych wprost *per continuitatem* na pochwę. Zdarzają się nadto przerzuty rakowe w pochwie z ognisk nowotwórczych pierwotnych, usadowionych często w odległych organach, mają one znaczenie zwykłych przerzutów na drodze krwi. Przypadek, który obserwował autor, zdawałby się przemawiać za innym sposobem powstawania raków następowych pochwy, mianowicie przez zaszczepienie (*Impfmetastase*). Przypadek ten dotyczy kobiety 55-letniéj, która z powodu krwotoków z dróg rodnych szukała pomocy lekarskiéj. Badanie wykazało: na cybulce moczowéj dwa guzki płaskie nie owrzodziałe, sino-czerwone, dość twarde. Na tylnéj ścianie pochwy 3 ctm. poza wejściem do pochwy guz o powierzchni brodawkowatéj przy dotknięciu łatwo broczącéj, miernie twardy, oddzielony od tylnego sklepienia pasem 4-centymetrowym zdrowéj tkanki; guz ten przerasta przegrodę pochwowo-odbytnicową, nie narusza jednak błony śluzowéj odbytnicy. Macica powiększona przy sondowaniu krwawi. Łyżeczką wydobyto z macicy dość dużo kruchéj tkanki, która pod drobnowidem okazuje budowę *adeno-carcinoma*. Zupełnie tę samą budowę drobnowidową okazują guzy pochwy.

Ponieważ trudno przypuścić, ażeby w kilku miejscach przypadkowo rozwinął się nowotwór o téj saméj histologicznéj budowie, ponieważ wykluczyć można przerzucanie się nowotworu na drodze krwi z odległych organów, ponieważ sekcyja nigdzie zresztą nowotworu rakowatego nie wykazała, przeto przypuszcza autor, że tutaj rak macicy przez przeszczepienie przyjął się na pochwie. Przypuszczenie to swoje popiera autor dłuższym wywodem teoretycznym i kilku podobnemi przypadkami przez siebie i Kaltenbacha obserwowanemi, które tu w krótkości przytoczymy.

1) Kobieta lat 64: rak trzonu macicy, rak téj saméj budowy histologicznéj przy ujściu cewki moczowéj.

2) Kobieta lat 46: rak części pochwowéj; wyjęcie macicy przez pochwę. W rok potem recydywa w bliźnie sklepień i guz téj saméj budowy na tylnéj ścianie pochwy tuż za wejściem do pochwy.

3) Kobieta lat 52. Wyjęcie macicy przez pochwę z powodu raka części pochwowéj. W rok potem recydywa w bliźnie sklepień i na cybulce moczowéj.

4) Kobieta 63 lat. *Carcinoma inoperabile cervicis.* Rak téj saméj budowy w środku tylnej ściany pochwy.

5) Kobieta 69-letnia. *Carcinoma inoperabile cervicis.* Na tylnéj ścianie pochwy rak oddzielony od sklepienia szerokim pasem zdrowéj tkanki. (*Zeitschrift f. Geburtsh- und Gynaek. XXI. 1.* 1891). *Dr. Al. Rosner.*

Ślechta (Praga): **O pęknięciach macicy.**

S. omawia 8 przypadków pęknięć macicy, obserwowanych przez siebie i zastanawia się nad leczeniem tychże. Trzy przypadki odnosiły się do pęknięć zupełnych, pięć zaś było tylko częściowych. Dwa przypadki pęknięć całkowitych leczone za pomocą laparatomii zakończyły się niepomyślnie, jeden leczony tamponadą również skończył się śmiercią choréj. Pięć zaś przypadków z częściowemi pęknięciami macicy, leczonych za pomocą tamponowania, zostało całkowicie wyleczonych. Co do umiejscowienia pęknięć, to pęknięcia w przedniéj ścianie macicy uważa za niekorzystniejsze niż w tylnéj ścianie, a to dlatego, ponieważ odpływ wydzieliny znacznie utrudniony. Tamponowanie przeprowadza w następujący sposób: Po należytem wyszukaniu miejsca pęknięcia, oczyszcza brzegi rozczynem tymolu lub boru, równocześnie przez powłoki brzuszne uciska macicę w ten sposób, by przybliżyć brzegi rany. Osiągnąwszy to, ustala w tem położeniu macicę przez kilka godzin, aż do ustania krwotoku. Wewnątrz macicy w miejscu pęknięcia umieszcza tampon z gazy jodoformowéj wraz z rurką drenową, tampo-

nując dalej pochwę gazą jodoformową. Rurka zaś sterczy z pochwy i służy do przepłukiwania rany. W miejscu odpowiadającem pęknięciu umieszcza na brzuchu worek z lodem. Worek ten działa przeciwzapalnie i kojąco, uciskając równocześnie brzegi rany; zostawia go zaś zazwyczaj do 5-go dnia. Choréj podaje w pierwszych 3 dniach opium, Mocz odprowadza cewnikiem. Jeśli wypływ z drenu staje się cuchnącym, przepłukuje ranę rozczynami przeciwgnilnemi. Po dziesięciu dniach wyjmuje tampony. (*Wien. med. Blätter*).

Dr. B. Paleczny.

Choroby dzieci.

Foltanek: O otoku ropnym klatki piersiowéj u dzieci z szczególnem uwzględnieniem chirurgicznego leczenia.

Czernow (Kijów): O leczeniu otoku ropnego klatki piersiowéj u dzieci.

W kwestyi leczenia otoku ropnego (*empyema*) kl. piers. podzielone są dotąd zdania chirurgów, jedni polecają punkcyję lub zabiegi mniéj lub więcéj do punkcyi zbliżone, drudzy nacięcie kl. piers. lub resekcyję żebra z następowem stałem założeniem sączka. W pracy F. znajdujemy naprzód kilka wskazówek tyczących się rozpoznawania téj choroby, poczem autor przechodząc do leczenia dzieli używane w téj chorobie zabiegi chirurgiczne na:

1. punkcyję z jéj wszystkiemi odmianami a więc punkcyję z aspiracyją lub przepłukiwaniem jamy opłucnowéj, punkcyję z pozostawieniem kaniuli i tak zwaną „*Aspirations Drainage*“ według Bülaua. W każdéj z tych metod widzi F. wiele stron ujemnych i wogóle wykonywania żadnéj z nich nie radzi, chyba wyjątkowo tylko, gdy radykalnéj operacyi wykonać nie możemy a do wypuszczenia nagromadzonéj ropy jest *indicatio vitalis*. Bardzo gorąco natomiast poleca autor:

2. nacięcie z wprowadzeniem i stałem pozostawieniem sączka w jamie opłucnowéj. Nacięcie to wykonywa on w 6 lub 7 przestworze międzyżebrowym w linii pachowéj tylnéj, za pomocą ostro kończystego noża przecina jednocześnie wszystkie warstwy i wprowadza sączek. Ujemną stroną téj metody jest łatwość, z jaką światło sączka ulega zaczopowaniu i przez to odpływ ropy wstrzymuje.

3. Resekcyi żebra i założeniu sączka przyznaje wprawdzie wielkie zalety łatwiejszego odpływu ropy i zmniejszenia niebezpieczeństwa zranienia tętnicy międzyżebrowéj, ale jéj natomiast zarzuca, że jest zabiegiem dla operowanego cięższym, a dla operującego trudniejszym, a wreszcie przytacza to, co Ollivier podniósł na zjeździe chirurgów francuskich, że skutkiem resekowania u dziecka kawałka żebra dalszy rozwój kl. piersiowéj jest upośledzony.

Czernow występuje głównie w swéj pracy przeciw wykonywaniu punkcyi, zarzucając temu zabiegowi, że już w zasadzie celowi naszemu nie odpowiada. Celem naszym jest zabezpieczenie gromadzącéj się ropie swobodnego odpływu, a tego jednorazową punkcyją nie osiągniemy. O innych polecanych zabiegach zaledwie wspomina, a oparty na zdaniu Königa twierdzi, że resekcyja żebra jest zabiegiem lekkim i do wykonania łatwym, celowi naszemu w zupełności odpowiada a więc ją wykonywać radzi.

Każdy z powyższych autorów dołącza do swéj pracy historyję chorób przez się operowanych chorych. Foltanek leczył za pomocą nacięcia 17 chorych, z tych 4 przyp. zakończyły się śmiercią; Czernow za pomocą resekcyi żebra na 21 chorych ma 2 przypadki śmierci. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 1890).

Dr. Raczyński.

Choroby skórne.

Rosiński: Rzeżączka jamy ustnéj u noworodków.

Ogólnie przyjętem jest zdanie, że zapalenie rzeżączkowe nigdy nie obejmuje błony śluzowéj jamy ust, wyścielonéj przybłonkiem wielowarstwowym. Jednakże autor obserwował dwa przypadki tego rodzaju. W jednym z nich u matki znachodziła się przed połogiem rzeżączka pochwy i sromu, u dziecka pomimo profilaktycznego przemywania ócz 2% rozczynem lapisu w 5 dni po porodzie wystąpiło ciężkie zapalenie oka lewego, a w 3 dni późniéj zauważono naloty wypocinowe, jakby naciek powierzchowny ropny błony śluzowéj dziąseł, podniebienia twardego i nasady języka. W wydzielinie pokrywającéj zajęte miejsca znaleziono diplokoki, których identyczność z gonokokami Neissera potwierdził prof. Fränkel, poddawszy je wszystkim próbom potrzebnym do odróżnienia ich od podobnych mikrobów. Po 4 dniach choroba zaczęła ustępować i zakończyła się zupełnem wyleczeniem bez pozostawienia blizny. Drugi przypadek, który R. w 4 tygodnie późniéj obserwował, podobny był do pierwszego i zakończył się również pomyślnie. (*Deut. med Wochschr.* 1891, Nr. 16).

Dr. Beck.

Choroby uszne.

Bing (Wiedeń): O uszkodzeniach błony bębenkowéj.

Błona bęb. mimo swego dość ukrytego położenia w głębi przewodu usznego doznaje nierzadko uszkodzeń bądź wskutek bezpośredniego ugodzenia obcem ciałem i przebicia, bądź też wskutek pośredniego działania urazu wywołującego rozdarcie. Przebicie zwykle następuje przez drapanie jakimś przedmiotem w uchu zewnętrznem, przez nieudałe usiłowania wydobycia ciała obcego i t. p. Pęknięcie bł. bęb. bywa po największéj części następstwem nagłego zgęszczenia lub rozrzedzenia powietrza w przewodzie usznym lub w jamie bębenkowéj, jak n. p. po uderzeniu na ucho, po wybuchu, pocałunku na ujściu zewnętrznem przewodu i po silnych wstrząśnieniach. Podmiotowe objawy w chwili uszkodzenia występujące są: głośny huk, ból, szum w uszach, zawrót głowy, a czasem też zemdlenie. Przedmiotowo spostrzedz można wybroczyny na brzegach i osobliwy kształt szpary w błonie bęb., brzegi tejże wywinięte, zazwyczaj brak objawów zapalnych, prawidłowe zachowanie się widzialnéj części błony śluzowéj jamy bęb., lekki szelest przedziurawienia (*Perforationsgeräusch*). Słuch nieznacznie tylko upośledzony, co jak to z próby Webera wynika, na karb zaburzenia w narządzie głos przewodzącym położyć należy. Zapalenie bł. bęb. następuje częściéj po przebiciu, podczas gdy pęknięcie bez objawów zapalnych zwykle w przeciągu kilku tygodni samo się goi, zaburzenia słuchu znikają a tylko szum może przez dłuższy czas a nawet trwale pozostać. Orzeczenie, czy uszczerbek w błonie bęb. pochodzi z urazu, czy z zapalenia samoistnego, jest pod względem sądowo-lekarskim bardzo ważne, a tam gdzie objawy zapalne już są daleko posunięte, dość trudne. W ogóle otwory w błonie bęb. po zapaleniach pozostałe rzadko mają dążność do zabliźniania się, które chyba bardzo powoli następuje, otwory zaś urazowe zwykle prędzéj się zamykają. W pierwszych dniach powstania pęknięcia wybroczyny są jeszcze świeże, czerwone, błona bęb. mniéj lub więcéj nastrzykana, późniéj skrzepy stają się brunatno-czarne, od brzegów nieco odsunięte, błona szara, nienastrzykana. Co do stopnia uszkodzenia, należy wszystkie pęknięcia błony, w których można wykluczyć zajęcie błędnika, uważać za lekkie. Tam zaś gdzie istnieje znaczne upośledzenie słuchu i dokładne badanie wykazuje zajęcie błędnika, należy się zapewnić, czy badany nie udaje albo czy takie cierpienie błędnika nie istniało już dawniéj, co nie łatwo rozstrzygnąć wobec faktu, że osoby dotknięte jednostronnem upośledzeniem słuchu mogą wcale nie znać swego cierpienia, a tylko przypadkowo o niem się dowiedzieć. W końcu podaje autor kilka wskazówek, jak należy postępować w obec podejrzanéj symulacyi. (*Internat. klin. Rundschau* Nr. 18 i 19, 1890).

Dr. Spira.

Choroby nerwowe.

Donath: *Aethylenum bromatum* przeciw padaczce.

Autor rozpoczął stosowanie tego środka wychodząc z założenia, że połączenie organiczne bromu, łatwo się w ustroju rozłożyć mogące, będąc niejako *in statu nascendi*, rozwinie silniejsze i czyściejsze działanie bromowi właściwe, niż bromek potasu, w którym oba składniki na mocy swego powinowactwa chemicznego są ściśle ze sobą złączone. *Aethylenum bromat.* przedstawia płyn brunatnawy, woni podobnéj do woni chloroformu, smaku słodkawego, przemieniającego się w piekący, zawiera 90·9% bromu, nie rozpuszcza się w wodzie, miesza się w każdym stosunku z alkoholem, a z olejami tłustemi daje przeźroczyste rozczyny. Z powodu nierozpuszczalności w wodzie zapisuje się środek ten w po-

staci 5% olejnéj emulsyi: Rp. *Aethyleni bromati 5·0, Emuls. oleos. 100·0*, z téj emulsyi podaje się dorosłemu 2—3 razy po 30 kropel i postępuje się stopniowo do 70 kropel (łyżeczka). U dzieci 8—10 lat rozpoczyna się od 10—20 kropel. Rozcieńczanie emulsyi, t. j. podawanie jéj z wodą lub mlekiem jest konieczne, aby uniknąć działania szkodliwego na błonę śluzową żołądka. U osób z tkliwym żołądkiem należy dodać do powyższéj formułki 0·1—0·2 *Extr. opii aquosi*. Objawów trujących, lub *acne bromata* D. nie zauważył. Autor stosował środek u 21 osób dotkniętych padaczką „idyjopatyczną“ i podaje 10 historyj przypadków, które najdłużéj obserwowano. Pokazują one, że pod wpływem *aethylenum bromatum* napady padaczkowe w ogólności stają się rzadsze, krótsze i łagodniejsze, że nie rzadko przybierają postacie lekkie *petit mal* lub nawet najlżejsze (chwilowe skurcze mięśni bez utraty przytomności). W jednym przypadku zauważono wystąpienie aury, któréj przedtem nie było, co należy uważać za mniéj gwałtowny i nagły przebieg napadu. Nadto u niektórych chorych osłabienie po napadzie stawało się mniejsze tak, że szybciéj wracali do siebie i mogli się oddawać swym zajęciom. Porównywać wyniki z otrzymanemi po stosowaniu wypróbowanego już bromku potasu byłoby jeszcze za wcześnie, jakkolwiek w kilku przypadkach *aeth. bromat.* stanowczo lepiéj działało niż KBr. Ale gdyby nawet stało na równi lub nieco niżéj od bromku potasu, to zapewne odda dobre usługi jako środek chwilowo zastępujący KBr., gdy ten ostatni odstawić trzeba, czy dlatego, że z powodu dłuższego używania ustrój się do środka przyzwyczaił, czy też zmusza do tego nieprzyjemne działanie uboczne. (*Wien. med. Blätter* 1891, Nr. 18).

Voigt (Oeyenhausen): **Rozsiane zapalenie nerwów i ciepłe kąpiele słone.**

Rokowanie w *neuritis multiplex* jest zazwyczaj pomyślne, dzięki łatwości, z jaką zmiany degeneracyjne w nerwach obwodowych ustępują. Bardzo korzystny wpływ na ustępowanie tych zmian wywierają ciepłe kąpiele słone. Autor przedstawia wyniki z spostrzeżeń swych w 40 przypadkach zapalenia rozsianego nerwów rozmaitéj natury. W tych przypadkach z wyjątkiem jednego (*neuritis arsenicosa*), w którym nastąpiło pogorszenie, przebieg był bardzo pomyślny, w kilku nastąpiło nawet zupełne wyleczenie, w reszcie znaczna poprawa objawów podmiotowych i przedmiotowych. Szczególnie dobre były wyniki w zapaleniu nerwów pierwotnem (po zaziębieniu i t. d.) i błonicowem, mniéj korzystne w zapaleniu toksycznem (*neur. arsenicosa, alcoholica, diabetica*). Jakkolwiek w większéj części przypadków autor prócz kąpieli stosował także elektryczność i miesienie, to jednak korzystny wpływ przypisuje jedynie kąpielom, gdyż ów aparat leczniczy stosowany był zazwyczaj poprzednio przed kąpielami bez skutku. V. stosuje kąpiele o naturalnéj ciepłocie 32° C., trwające 10—15 minut co drugi dzień. (*Deut. med. Woch.* Nr. 16).

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Michelson w Królewcu opisuje 3 przypadki gruźlicy górnych części narządu oddechowego, wyleczonéj stosowaniem kochiny. W pierwszym z nich istniało rozległe owrzodzenie połyku (*pharynx*), w drugim zajęcie błony śluzowéj gardła i nosa, w trzecim wreszcie wrzód w połyku z równoczesnem zajęciem języka i silnym naciekiem nagłośni i wejścia do krtani. W wszystkich 3 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie. Uwagi godnem jest, że w pierwszym przypadku nie zauważono ani razu wybitnéj reakcyi miejscowéj, a w drugim dawki pojedyncze kochiny tak powoli i stopniowo zwiększano, że nie było bardzo wyraźnéj reakcyi miejscowéj lub ogólnéj. W ostatnim i w pierwszym przypadku przybytek chorych na wadze był bardzo znaczny (16 i 19 funtów). Szereg innych cierpień gruźliczych na błonach śluzowych nie ulegał wpływowi środka Kocha. (*Deut. med. Woch.* Nr. 21).

Podczas gdy w Niemczech publikacyje o tuberkulinie zjawiają się coraz rzadziéj, w Anglii zaczyna się właściwie dopiero teraz ogłaszanie obszerniejszych prac o wynikach stosowania środka Kocha. Okoliczność ta świadczy korzystnie o gruntowności i ścisłości badaczy angielskich.

W pracy ogłoszonéj w 3 ostatnich numerach „Lancetu“ opisuje Coghill dokładnie 10 przypadków leczonych tuberkuliną. Czas leczenia trwał 13—16 tygodni; 5 przypadków było w okresie początkowym gruźlicy, 5 daleko posuniętych. Wyniki były bardzo pomyślne: Wszyscy chorzy przybrali na wadze, przeciętnie 10½ funta; w jednym przypadku gruźlicy dość znacznie rozwiniętéj przybytek na wadze wynosił 21 funtów. O wyleczeniu nie mówi C. z powodu zbyt krótkiego czasu obserwacyj; jednakże konstatuje, że co do polepszenia objawów podmiotowych i przedmiotowych, to tak pomyślnych rezultatów nie widział w żadnéj metodzie leczenia. Prócz tych 10 przypadków z klinik, leczył autor jeszcze 12 w praktyce prywatnéj również z pomyślnym skutkiem. Z powodu tych wyników C. dziwi się niepomyślnym rezultatom innych autorów i wyraża przekonanie, że środek Kocha zyska uznanie, na jakie jako cenny środek przeciwgruźliczy zasługuje.

Dyskusyja nad działaniem tuberkuliny miała miejsce w Nowym Yorku 7 maja b. r. Kinnicutt (St. Lukes-Hospital), Loomis (Bellevue-Hospital) i Heinemann, wypowiadali zdanie, że według ich spostrzeżeń środek Kocha w wielu przypadkach gruźlicy początkowéj znaczną poprawę przyniósł. Jacobi twierdził, że za pomocą tuberkuliny osiągnięto w leczeniu cierpień natury gruźliczéj znacznie więcéj niż za pomocą innych środków. (*Boston med. and surg. Journal*). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie V z dnia 10-go czerwca 1891 roku.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 10.

1) Przyjęto do wiadomości, że prezydyjum Komisyi wydało odezwę do producentów tych przetworów dyjetetycznych i higijenicznych, które polecone zostały przez Tow. lek. krak., by wzięli udział w międzynarodowéj wystawie artykułów spożywczych i do zaopatrywania wojsk potrzebnych, która to wywystawa odbędzie się w Lipsku w styczniu 1892 r. Głównym celem wystawy jest przedstawić najlepszy sposób opatrywania i pielęgnowania rannych na polu bitwy i dostarczania taniego, zdrowego i smacznego jadła dla żywienia mas ludności, osobliwie w czasie panujących epidemij. Biuro wystawy znajduje się w Lipsku, Karlsstrasse Nr. 10.

2) Uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. jako wyroby krajowe godne uznania, polecenia i rozpowszechniania: a) Termostaty bakteryjologiczne i przyrządy sterylizacyjne wyrobu p. Markusa, blacharza w Krakowie. b) Fantomy ginekologiczne wyrobu p. A. Szklarskiego, siodlarza w Krakowie. Obydwa te wyroby tak co do dobroci, wykończenia i trwałości nie ustępują w niczem tego rodzaju wyrobom zagranicznym, a przewyższają je taniością. c) Bezwonne pigułki ocukrzone zawierające w sobie po 0·025 i ·05 kreozotu wyrobu aptekarza p. Mańkowskiego w Sieniawie. Pigułki te rozpuszczają się najrychléj z wszystkich podobnych wyrobów, a jak to okazały dokładne badania, odpowiadają w zupełności wszelkim wymogom techniki farmaceutycznéj. Cena ich (65 ct. za 100 szt.) jest bardzo przystępna. (Wnioski te Tow. lek. krak. zmieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 17 czerwca 1891).

3) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia krów i służby stajennéj w mleczarni w Śledziejowicach. Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 czerwca. Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Dr. Braun wniósł podanie o udzielenie mu *veniae legendi* z położnictwa. Z powodu ustąpienia Dra Brauna

z posady 1-go asystenta przy klinice położniczo-ginekologicznéj Wydział mianował dotychczasowego 2-go asystenta Dra Cerchę asystentem 1-ym, a Dra Aleksandra Rosnera asystentem 2-im na 2 lata przy tejże klinice. Następnie mianował Wydział Dra Buzdygana 1-go asystenta przy klinice chorób wewnętrznych na téj posadzie na rok 5-ty, a Dra Józefa Rosenzweiga asystentem 2-im przy tejże klinice na 2 lata, zaś Dra Ludomiła Korczyńskiego 1-ym elewem, a Dra Maryjana Piątkowskiego 2-im elewem na 2 lata.

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

Rada m. Krakowa udzieliła Zjazdowi subwencyję w kwocie 500 złr., oraz uchwaliła uczcić członków Zjazdu odpowiedniem przyjęciem.

Wycieczka do zdrojowisk i miejsc klimatycznych zapowiada się dobrze.

Komitet Zjazdu oznajmia, że tylko tym kolegom poręcza mieszkania, którzy zgłoszą się do d. 5 lipca. Karty zaś legitymacyjne otrzymają wszyscy koledzy, którzy wkładki udziałowe nadesłali, dopiero w Krakowie w biurze Komitetu (*Collegium novum*); wyjątkowo tylko legitymacyje wcześniéj przesłanemi będą tym kolegom, którzy przyjeżdżają kolejami, które obniżyły cenę jazdy (kolej Karola Ludwika).

Wysokie Ministerstwo handlu we Wiedniu przeznaczyło kwotę 600 złr. na cele wystawy zjazdowéj, Wys. zaś Wydział krajowy we Lwowie na ten sam cel kwotę 500 złr.

Do sekcyi medycyny teoretycznéj zgłoszono w dalszym ciągu: Prof. Feigel (ze Lwowa): Pierwotne raki kończyn wytworzone w trumnie kostnej (z demonstracyją).

Dr. Świątecki (z Warszawy): Przyczynek do poszukiwań bakteryjologicznych nad tężcem.

L. Kryński (z Krakowa): O elementach barwikowych w tkance przyjądrza u człowieka.

Dr. Justyn Karliński (z Konjicy): Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi.

Prof. Dr. Mareš: O elektrickém podráždéni nervu.

Do sekcyi psychologicznéj:

Dr. A. Złotnicki z Paryża: O mechanizmie uwagi.

W sekcyi dla zoologii i anatomii porównawczéj zgłoszono następujące odczyty:

Prof. Dr. Dybowski (ze Lwowa): Nowa teoryja budowy ciała stawonogich i kręgowców.

Tenże: O budowie głowy stawonogich.

Tenże: Nauplius i jego znaczenie w filogenii skorupiaków.

Tenże: Homologija składowych części głowy jesiotra.

Doc. Dr. Wielowiejski (z Olejowéj): Podział komórek u owadów.

J. Dzierzielewicz (z Kołomyi): Z biologii sieciówek; z demonstracyjami.

Dr. Kowalewski (z Dublan): Przyczynek do rozwoju ryb kostno-szkieletowych.

Dr. Fiszer asystent (z Krakowa): Krytyczny pogląd na systematykę przekopnic.

Dr. Nussbaum (z Warszawy): Przyczynek do morfologii równonogich.

Tenże: Przyczynek do morfologii łożyska u gryzoniów.

J. Cavanna asystent (ze Lwowa): Homologija składowych części głowy ssawców.

Dyr. Dr. Petelenz (ze Sambora): Przyczynek do teratologii: Podwójna tchawica u kaczki.

Tenże: Budowa prącia wydry, mianowicie budowa kostki prąciowéj.

Do sekcyi higijenicznéj zgłosił Dr. Zawadzki z Warszawy odczyt p. t. „O wyjałowianiu mleka“.

Dr. Kryński odczyt p. t. „Wyniki badań bakteryjologicznych powietrza w Zakopanem“.

Sekcyja antropologiczna ma zamiar, prócz luźnych komunikatów swoich członków, rozejrzeć się w dotychczasowych pracach na polu umiejętności antropologicznych w najszerszem tego słowa znaczeniu, tj. antropologii fizycznéj, archeologii przedhistorycznéj i etnografii, a zwłaszcza zastanowić się nad potrzebą założenia w Galicyi towarzystwa etnograficznego i odpowiedniego muzeum; referaty pod temi ostatniemi względami obejmą panowie S. Udziela i Dr. Karłowicz.

Przewodnictwo sekcyi objął JEx. Dr. J. Majer, do którego zechcą członkowie téj sekcyi nadsyłać streszczenia swoich prac.

W sekcyi chirurgicznéj zgłoszono w dalszym ciągu: Dr. Barącz (ze Lwowa): O wartości enteroanastamozy za pomocą szwów płytkowych Neunna i inwaginacyi w chirurgii żołądka i jelit. Praca doświadczalna z demonstracyjami.

Tenże: O wartości wprowadzania wodoru do przewodu pokarmowego przy ranach postrzałowych penetrujących żołądka i jelit w celach rozpoznawczych i pomocniczych przy enterorafii. Praca doświadczalna z demonstracyjami.

Tenże: Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznéj, na podstawie 180 znieczuleń tym środkiem.

Dr. Stankiewicz (z Warszawy): O leczeniu *Genu valgum* i *genu varum* za pomocą wypiłowania odpowiednich kłykciów kości udowéj.

Tenże: *Cryptorchismus* jako przyczyna powstawania tudzież uwięźnięcia przepuklin pachwinowych.

Tenże: Demonstracyja niektórych narzędzi chirurgicznych.

* Dr. M. Ebersohn, dotychczas w Kalwaryi, osiadł jako lekarz praktyczny w Tyśmienicy.

* D. 21 b. m. wieczór kółko ściślejszych kolegów podejmowało obiadem składkowym w sali hotelu pod Różą bawiącego w Krakowie kolegę Dra Jabłonowskiego z Burgas w Bułgaryi nad morzem czarnem. Śród ochoczéj zabawy wzniesiono liczne toasty na cześć miłego gościa, a szereg ich rozpoczął prof. Jordan, dawny kolega i przyjaciel z ław szkolnych Dra Jabłonowskiego.

* Wydział lekarski w Wiedniu wybrał dziekanem na rok przyszły prof. Ludwiga, a na opróżnioną katedrę prof. Brauna przedstawił Ministerstwu trzech kandydatów w następującéj kolei: 1) Schautę (obecnie w wydziale niem. uniw. w Pradze), 2) Pawlika (w wydziale czeskim w Pradze) i 3) Rokitanskiego (we Wiedniu).

* W Krynicy było do dnia 15-go czerwca gości 623; w Cieplicach czeskich do d. 17 czerwca gości 2193.

* W tygodniu 23-gim (od 6—14 czerwca) było w Krakowie małżeństw 18, urodzin 39, skonów 45, z tych z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 5, z dławca i błonicy 3.

* **Wiedeń.** Na ostatniem swem posiedzeniu Najwyższa Rada zdrowia, wysłuchawszy sprawozdania odnośnéj komisyi, uchwaliła jednomyślnie prosić Rządu, aby w jednym ze szpitali publicznych umożliwił leczenie lekarskie osób uszkodzonych przez zwierzęta wściekłe. Rozchodzi się o stósowanie szczepień ochronnych według Pasteura, których znaczenie i wartość niedawno temu wykazał prof. Uffelmann na podstawie statystycznéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Dr. Albicki, prof. w Tomsku, wybrany został prof. patologii ogólnéj w Akademii lek.

* **Nekrologija.** D. 12 b. m. umarł w posiadłości swéj Lichteneg w Bawaryi sławny ginekolog prof. Fryderyk Wilhelm Scanzoni-Lichtenfels, urodzony w Pradze d. 21 grudnia 1821 r. i tamże promowany w r. 1844; po odbyciu podróży naukowéj mianowany został lekarzem ordyn. w oddziale ginekol. szpitala powszechnego w Pradze, w r. 1850 powołany został jako prof. zwyczajny ginekologii do Würzburga, na któréj to posadzie pozostał przez lat 37. Znane są zasługi jego w dziedzinie ginekologii i jego sława i nadzwyczajne powodzenie jako praktyka. — W Cieplicach czeskich umarł d. 5 bm. tajny radzca sanitarny pruski Dr. Józef Seiche-Nordenheim, lekarz zdrojowy. Zmarły był teściem posła do Rady Państwa i profesora lwowskiego Dra Bilińskiego.

W Oczakowie umarł Dr. Witold Przyborowski licząc lat 63. — W Moskwie prof. Aleks. Babuchin, znany histolog, jeden z najpopularniejszych profesorów. Znane są prace jego o soczewce oka, o nerwie węchowym, o organach elektr. ryb, o działaniu akonitu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Medal zasługi na wystawie przemysłowo-rolniczéj w Przemyślu

WYSOWA

w Galicyi

Zakład zdrojowo-kąpielowy i żętyczny w uroczéj okolicy.

Stacyja kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj Grybów, zkąd w 4 godziny dojeżdża się do miejsca, oraz stacyi kolei państwowéj Gorlice.

Szczawy alkalowo-słone, jedne z najpierw. w Europie

Zdrój słony (szczawy: słona, jodowo-bromowa-żelazista), *Zdrój Bronisława* (szczawa-alkalowo-słono-żelazista), *Zdrój Rudolfa* (szczawa jodowo-żelazista), *Zdrój Wandy* (szczawa sodowo-żelazista), *Zdrój Józefa* (szczawa sodowa, żelazo zawierająca).

Najznakomitsi lekarze krajowi i zagraniczni zalecają wody wysowskie w katarach przewodu oddechowego, w chronicznych zapaleniach płuc, w cierpieniach żołądka i kiszek, w chorobach kobiecych, skrofułach, niedokrewności i błednicy.

Poczta. Tanie mieszkania i restauracyje. Muzyka. Sklepy. Lekarz zakładowy Dr. J. Bednarski.

Otwarcie pory kąpielowéj dnia 1 czerwca b. r.

79—3—1 Zarząd zdrojowo-kąpielowy Wysowa.

Dr. Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak w latach poprzednich

W SZCZAWNICY.

52—9—9

Kąpiele borowinowe w domu

MATTONIEGO WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA. ŁUG BOROWINOWY.

Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, żołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wysięków.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowej. 13—17—9

Upraszam Szan. Panów Kolegów, którzy zmienili miejsce swojego pobytu lub mieszkanie, o nadesłanie swoich

adresów dla Kalendarza Lekarskiego krakowskiego na rok 1892

najdaléj do 20 lipca b. r. pod adresem 77—1—1

Dr. Murdzieński, Kraków, Floryjańska 51.

Dr. W. KRETOWICZ

ordynuje jak w latach poprzednich

przez cały sezon kąpielowy 75—?—3

W KARLSBADZIE.

Mieszka: *„Stadt Warschau.“ Kaiserstrasse.*

JAN IHNATOWICZ

magister farmacyi i chemik sądowy, wyrabia od 1875 r. **mydła lecznicze** odszczególnione na Wystawach krajowych, zagranicznych i lekarsko-przyrodniczych 10 medalami zasługi i dyplomem honorowym.

Wszystkie moje mydła lecznicze są zdumiewających skutków, przewyższają co najmniéj o 100% wszelkie dotychczasowe mydła, są też o wiele tańsze i przyjemniejsze w użyciu. Nietylko bowiem, że choroby skórne są przez nie w jak najkrótszym czasie uleczone, ale także uzyskana przez nie działalność skóry przyczynia się do osiągnięcia świeżéj, pięknéj i białéj cery.

Mydło będźwinowe używa się do usunięcia wyrzutów i plam skórnych, usuwa szorstkość skóry, a cerze nadaje czerstwość i aksamitną miękkość i delikatność. Kawałek 25 cnt.

Mydło boraksowe, wpływa bardzo korzystnie na płeć, dokładnie oczyszcza i wybiela skórę. Mydło to jest znakomicie działającym środkiem przeciw opaleniu, pryszczykom i pęcherzykom na twarzy, przeciw piegom i nieczystościom na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowe, uśmierza swędzenie i pieczenie skóry, usuwa wyrzuty i czerwoność z twarzy i rąk. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowo-siarkowe, usuwa czerwoność z twarzy i nosa, opalenie słoneczne i piegi. Kawałek 30 cnt.

Mydło karbolowe, bardzo korzystnie jest myć ręce, twarz, a nawet całe ciało w czasie epidemii, celem zabezpieczenia się od epidemii. Kawałek 20 cnt.

Mydło karbolowo-piaskowe, do mycia rąk dla pp lekarzy i akuszerek, według przepisu WP. Dra med. Stroynowskiego. Kawałek 20 cnt.

Mydło kreolinowe, zawiera 5% czystéj kreoliny, znakomicie oczyszcza skórę, usuwa pryszcze, liszaje, świerzby, trądniki, płeć odświeża i wydelikatnia. Kawałek 35 cnt.

Mydło siarkowe, z wielkiem powodzeniem używa się do zniszczenia pryszczy i wszelkiego rodzaju wyrzutów na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło siarkowo-smołowe, mydło to składa się z 40% smoły a 10% siarki, przeważnie bywa używane na świerzb. Mydło to okazało się jako najlepszy środek przy téj słabości, przewyższyło ono bowiem wszystkie nowo wynalezione a tak kosztowne środki. Kawałek 35 cnt.

Mydło smołowo-glicerynowe, składa się z 35% gliceryny i 10% smoły (dziegciu), jest pod każdym względem jednem z najlepszych desinfekcyjno-higijenicznem mydłem toaletowem. Jako zwykłe mydło do użycia codziennego, jest przez odwietrzanie i skórę zmiękczającą własność znakomitym oraz wypróbowanym środkiem do usunięcia wszystkich nieczystości naskórnych, jakoto: piegów, plam wątrobianych, wągrów i t. p. Kawałek 30 cnt.

Mydło smołowe, zawiera 40% smoły (dziegciu); usuwa pryszcze, liszaje. wszelkie wysypki skórne, pocenie nóg i łupież na głowie. Kawałek 30 cnt

Mydło storaksowe, używa się przy cierpieniach naskórnych, a przeważnie przy świerzbach. Kawałek 30 cnt.

Mydło tymolowe, zawiera 3% tymolu, znakomicie oczyszcza skórę od wszelkich wyrzutów. Kawałek 50 cnt.

Uwaga: Przy większéj ilości tak dla PP. lekarzy, jak i odsprzedających odpowiedni procent. 29—22—9.

INSERATY

do Kalendarza Lekarskiego krakowskiego

przyjmowane będą tylko w niewielkiéj ilości, aby uniknąć znacznego powiększenia rozmiarów wydawnictwa. — Część inseratowa umieszczoną będzie w osobnéj książeczce umocowanéj między okładkami kalendarza na tasiemce. Jedynie 3 strony pierwsze i 3 ostatnie mogą być ogłoszeniami zajęte. Jedna strona ogłoszenia w książeczce osobnéj kosztuje 8 złr., ½ strony 4 złr. Jedna strona w oprawionym kalendarzu kosztuje 30 złr. Zamówienia przyjmuje się tylko za równoczesnem nadesłaniem opłaty. Zgłoszenia nadsyłać należy pod adresem: *Dr. Murdzieński,*

78—1—1 *Kraków, Floryjańska 51.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 4 Lipca 1891. Nr. 27.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczéj prof. Dra Czyżewicza we Lwowie.

Kilka uwag o zaopatrywaniu resztki pępowinowéj u noworodków.

Napisał
Dr. Kazimierz Godlewski,
asystent tejże kliniki.

W prawidłowych warunkach usycha resztka odciętéj pępowiny noworodka skutkiem obliteracyi naczyń krwionośnych, staje się twardą, ciemno-cisawego koloru, suchą i nieco sprężystą, jak każda martwa tkanina, obumierająca bez gnicia i jako taka oddziela się od pępka noworodka. Skóra w miejscu oddzielania się czerwienieje nieco, a powierzchnia miejsca, od którego pępowina odpadła, pokrywa się nieznaczną ilością ropiastéj wydzieliny. Około 5—6-go dnia, czasem nieco późniéj, wydzielina znika, a miejsce to pokrywa się w całości przyskórkiem i tworzy się blizna.

Nie zawsze atoli sprawa ta przebiega w sposób tak prosty, jak opisany, a przypadki, w których zamiast nekrozy suchéj występuje nekroza gnilna, mianowicie w miejscu przyczepienia się pępowiny do właściwego pępka noworodka, nie należą wprawdzie do rzadkości, ale nie są prawidłowemi i dla zdrowia noworodka obojętnemi.

Taka nekroza wilgotna, obserwowana częściéj w szpitalach jak też i w praktyce prywatnéj, nasuwa mimo woli przypuszczenie, że przyczyny szukać należy w zanieczyszczeniu okolicy pępka w pierwszych dniach po porodzie, a to tem bardziéj, że lud nasz w ogóle wszystkie rany, a szczególnie ranki występujące u noworodków, skutkiem latami ustalonych przesądów, najstaranniéj zanieczyszcza, smarując je śliną lub pokarmem, a co najważniejsza używaniem ile możności najbrudniejszych szmatek do okrywania resztki pozostałéj pępowiny. Muszą być łachy stare, aby były miękkie. Nie ulega też żadnéj wątpliwości, że tą drogą dostają się nieraz pierwiastki gnilne do ustroju noworodka, wywołując często ciężkie sprawy, śmiertelne nawet, z ogólnem zakażeniem krwi.

Jeśli atoli w ciągu kilku miesięcy w klinice położniczéj, dysponującéj rocznie 800 do 900 porodami, prawie każda pępowina odpada na drodze nekrozy gnilnéj, jeśli prawie w każdym przypadku po jéj odpadnięciu pozostaje brodawkująca powierzchnia, płyn wydzielająca, jeśli zwykłe usychanie pępowiny i odpadanie jéj w sposób prawidłowy, wyżéj opisany, należy do wyjątków, to w takim razie zupełnie słusznie przypuszczać należy, że tu działa inny czynnik a nie zanieczyszczenie miejscowe, że przyczyny już szukać trzeba w miejscowych stosunkach powietrza, które podobnemu rozkładowi sprzyjać się zdaje. Toby wytłumaczyć mogło podobny objaw w zakładach położniczych, za małych w stósunku do liczby umieszczanych położnic i noworodków, za ciasnych, ciągle przepełnionych.

Dziwniejszym atoli jest ten objaw w domach prywatnych i to nie tylko biednych, ale i zamożnych, w których odpadanie pępowiny odbywa się w warunkach higijenicznie najkorzystniejszych. A przecież takie przypadki wydarzyły się przed dwoma laty tak w klinice położniczéj, jak i nie zwykle często w praktyce prywatnéj.

Runge (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* B. VI. 1881) twierdzi, że przyczyną mokréj nekrozy pępowiny są niekorzystne warunki w usychaniu tejże, mianowicie niedostateczny lub zupełnie wstrzymany przystęp powietrza, obok znacznéj ciepłoty otoczenia lub utrudnionego parowania. Z tego samego zapatrywania wychodził Epstein i podał osobno skonstruowaną opaskę mniéj lub więcéj na zasadzie łatwego parowania opartą, do opatrywania resztki pępowinowéj. Inni używali do opatrywania pępowiny proszków, posiadających własność przyciągania wody, a znaczna ilość przypadków, w których postępowano tą drogą, dowodzi wyraźnie, że często na tę okoliczność zwracano uwagę i szukano coraz lepszéj i pewniejszéj metody, któréj ustępował powoli najdawniejszy sposób opatrywania resztki pępowinowej, polega-

jący na smarowaniu tejże oliwą i okrywaniu kawałkiem płótna.

Cholmogorów (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* Bd. XVI, 1889) postarał się o to, aby tę sprawę na drodze badania drobnowidowego rozstrzygnąć i niewątpliwie przyczynił się do jéj wyjaśnienia. Badania jego wykazały, że we krwi pępowiny świeżo odciętéj żadnych mikroorganizmów nie było, że natomiast znajdował takowe stale i zawsze w resztkach pępowiny odciętéj przy pępku pozostawionych i to w tem większéj ilości, im pępowina gerzéj usychała i im blizsze miejsce pępka do badania wzięto. Mikroorganizmy, jakie w resztkach pępowiny znajdował, były tak samo chorobotwórcze jak *staphylococcus aureus, albus, citreus i streptococcus pyogenes*, jak i nie chorobotwórcze (*sarcina lutea i bacillus subtilis*). Znajdował je w mniejszéj lub większéj ilości i przekonał się, że przy opatrunku gipsowym *streptococcus pyogenes* nie znajdował się nigdy, inne w mniejszéj ilości.

Badania te jednak wykazały niezbicie, że w świeżo odciętéj pępowinie nie ma chorobotwórczych bakteryj, że takowe przy opatrunku stale dostają się do resztki tejże do odpadnięcia przeznaczonéj, a od ilości i jakości tychże zależy szybsze lub późniejsze, dokładniejsze lub mniéj dokładne usychanie téj resztki pępowinowéj i dalsze następstwa. Skoro zaś w każdéj odpadającéj pępowinie znajdują się mikroorganizmy i to bez względu na sposób jéj opatrywania, to wynik ztąd prosty, że wszystkie sposoby opatrywania nie są wystarczające, a wartość ich zależy od ogólnych warunków higijenicznych. Im te warunki są gorsze, tem więcéj mikroorganizmów dostaje się do resztki pępowinowéj i tem łatwiéj następuje jéj rozpad wilgotny.

O ile przytoczone badania Cholmogorowa wyjaśniły teoretycznie sprawę sposobu odłączenia się resztki pępowinowéj, o tyle zastosowanie ich do doświadczeń klinicznych może jedynie wykazać sposób najwłaściwszy do postępowania z resztką odpadającéj pępowiny, i dlatego z całą przyjemnością przeprowadziłem na żądanie prof. Czyżewicza szereg doświadczeń, nad wszystkiemi znanemi mi sposobami opatrywania resztki odpadającéj pępowiny, trzymając się ściśle najdokładniejszéj antiseptyki oraz udzielonéj mi wskazówki, że wartość środka przeciwgnilnego klinicznie ocenia się najlepiéj wtenczas, jeśli go się używa w chwili, w któréj jest pewność, że zarazek się znajduje, że do rany dopuszczonym być nie powinien i zniszczonym być musi.

Rezultat tych doświadczeń podaję w streszczeniu a wnioski same z siebie wypłyną i wartość poszczególnych metod wykażą.

I. Gaza jodoformowa 30%.

Pępowinę odcinano nożyczkami w 5% wodzie karbolowéj wymoczonemi i podwiązywano tasiemkami w takiejże wodzie trzymanemi. Następnie kąpano i obsuszano dziecko i resztę pępowinową owijano w duży płatek 30% gazy jodoformowéj. Ten opatrunek zmieniano dwa razy dziennie. Zrobiono 29 obserwacyj.

W. R. urodziła 3/10, przebieg połogu prawidłowy. Drugiego dnia zaczerwienienie silne około pępka u noworodka. Przez 4 dni pępowina soczysta wiśniowego koloru; dopiero 7/10 zaczyna od podwiązki lekko przysechać, przy nasadzie soczysta, pożółkła i zcieńczała. Dnia 10/10 więc w 7 dni odpadła nie uschnięta wcale w końcu do pępka przylegającym. Na powierzchni pępka rozległe owrzodzenie, w 4 dni późniéj zagojone.

W ten sam sposób traktowano dalszych 28 przypadków. Wynik następujący: Opisany sposób odpadania pępowiny jako typ ogólny przy téj metodzie uważać należało. Pięć razy tylko, tj. w $^1/_6$ części, odpadła pępowina drogą nekrozy suchéj, bez żadnego owrzodzenia pępka. W 24 przypadkach oddzielanie odbywało się drogą wilgotną z mniejszem lub większem owrzodzeniem pępka, do którego w połowie przypadków przyłączał się grzyb pępkowy (*sarcomphalus*).

W tych 29 przypadkach chorobliwość pępka wynosiła 82·7%. Do odpadnięcia resztki pępowinowéj potrzeba było przeciętnie 10·3 dni, pomimo że w 17 razach dla skrócenia czasu potrzebnego do oddzielania i utrzymania ranki w czystości, odcinaliśmy resztę pępowiny na strzępku wiszącą, zwykle podwiązując ją poprzednio karbolizowanym jedwabiem lub katgutem, który prawie zawsze sam do przecięcia pozostałéj resztki, na któréj pępowina wisiała, wystarczał. Sposób ten okazał się stanowczo korzystnym tak pod względem skrócenia czasu potrzebnego do odpadnięcia pępowiny, jak też oczyszczenia ranki pozostałéj.

II. Wata Brunsa.

Pępowina odcięta jak przy sposobie pierwszym, okolica pępka wraz z resztą pępowiny obmyta 2% wodą karbolową, następnie osuszona, pępowina zawinięta w watę suchą, na to zwykły płócienny napępnik. Opatrunek zmieniano dwa razy na dzień po kąpieli dziecka.

T. T. urodziła 25/12, pępowina usycha powoli i to tylko od zewnątrz, część przypępkowa nie uschnięta. Z każdym dniem pępowina cieńsza, ciemno-wiśniowa; 2/1 tj. dnia 7-go odpada, pozostawiając grzyb pępkowy. Oddzielona pępowina uschnięta prawie w całéj długości, tylko koniec jéj przypępkowy na $^3/_4$ ctm. miękki, mazisty, lekko cuchnący.

W 42 przypadkach, w grudniu i w styczniu tym sposobem traktowanych, odpadła pępowina zawsze na drodze nekrozy gnilnéj. Choroby pępka pojawiły się w 25 przypadkach, co stanowi 54%. W jednym przypadku pojawiło się zapalenie żył pępkowych, ropienie przerzutowe i zakażenie krwi z przebiegiem śmiertelnym. Wrzód pępkowy pojawił się 19 razy, a grzyb 5 razy. Do odpadnięcia pępowiny potrzeba było średnio 4·5 dni.

III. Płótno maczane w oliwie prowansalskiéj.

Postępowano tutaj według przepisu Schroedera[1]), to jest pępowinę odcięto po kąpieli noworodka, zawijano w kawałek miękkiego płótna, umaczanego w świeżéj oliwie prowansalskiéj, na to zakładano zwyczajny napępnik i codziennie raz zmieniano. Zrobiono 52 obserwacyj.

M. A urodziła 19/3, pępowina opatrzona w sposób powyższy. 20/2 niezmieniona, tylko więcéj płaska, 21/2 pępowina czarna ale miękka, a część jéj przy samym pępku na długość 1 ctm., żółtawa, soczysta. 23/2 cała pępowina znacznie ścieńczała, 24/2 z wyjątkiem wspomnianéj części przypępkowéj cała pępowina czarna i uschnięta, część zaś przypępkowa bardzo cieniutka, bronzowa, robi wrażenie jakgdyby się rozpływała i tą drogą dnia 25/2 pępowina się oddzieliła, zostawiając zupełnie czyste dno pępka. I to więc samo oddzielenie się pępowiny odbyło się drogą wilgotnéj nekrozy.

W taki sam sposób oddzielała się pępowina we wszystkich tą metodą zaopatrywanych przypadkach z tą tylko różnicą, że nie wszędzie z tak dobrym rezultatem, to jest że w wielu przypadkach pozostawało owrzodzenie lub grzyb pępkowy. Choroby te pojawiły się 16 razy, co na 52 noworodków stanowi 30·4%. Zauważyłem atoli, że owrzodzenia były znacznie mniejsze, aniżeli w przypadkach przy zaopatrywaniu poprzedniemi dwoma sposobami, że nigdy znaczniejszego zaczerwienienia koło pępka nie było, a *sarcomphalus* przedstawiał się zawsze w postaci małéj brodawki różowéj, niewiele ponad pępek sterczącéj, podczas gdy przy innych sposobach, dających nawet lepsze rezultaty, *sarcomphalus* bywał zwykle daleko większy, wielkości dużego grochu lub maliny. Pępowina oddzielała się przeciętnie dnia piątego.

---

[1]) *Lehrbuch der Geburtshilfe.*

IV. Płótno czyste.

Postępowano tu tak samo, jak przy metodzie poprzedniéj, tylko że płótna nie maczano w oliwie. Sposobu tego radzą używać Zweifel[1]) i Runge[2]).

S. R urodziła 20/3, pępowina zaopatrzona czystem, miękkiem płótnem. 21/3 pępowina niezmieniona, płótno przesiąknięte cieczą lepką, żółtawą, 22/3 pępowina czarnosina, płaska, poczyna usychać z wyjątkiem części przypępkowéj na długości $^3/_4$ ctm., część ta gruba, miękka, żółta, naokoło pępka silne zaczerwienienie, płótno przesiąknięte cieczą czarną, mazistą, lekko cuchnącą, 23/3 pępowina cała uschnięta, z wyjątkiem wyż wspomnianego kawałka, który znacznie ścieńczał i przedstawiał się tak, jakby się rozpuszczał. 24/3 pępowina się oddzieliła, *ulcus umbilici* wygojony 29/3.

Sposób ten zastosowano u 32 noworodków. Oddzielanie się pępowiny odbywało się we wszystkich przypadkach tak samo, a w 11 wystąpiło owrzodzenie, co stanowi 34·4%. Wrzody były duże, połączone zwykle z silnem zaczerwienieniem dokoła pępka. Czas oddzielania się wynosił średnio 5·3 dni. (Dok. nast.)

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

I.

Otrucie główkami zapałek — śmierć w 10 godzin. Badanie chemiczne po 2 miesiącach.

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz miejski w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 26).

W niespełna dwa miesiące po śmierci dziecka dokonaliśmy badania chemicznego przesłanych nam trzew i treści żołądka, a ważniejsze szczegóły z protokółu badania chemicznego, dokonanego w tutejszejszéj pracowni wspólnie z profesorem Stopczańskim, zamieszczam.[1])

Po otwarciu naczynia zawierającego żołądek zauważono występujące z tegoż dymy z wonią przypominającą fosfor, treść jednak naczynia w miejscu ciemnem nie okazywała przyświecania przy poruszaniu pręcikiem. Większą część treści słoja pokrajano w kawałki i umieszczono w kolbce z dostateczną ilością wody przekroplonéj, poczem kolbkę połączono z przyrządem destylacyjnym, mianowicie z odbieralnikiem Liebiga ustawionym prostopadle w ciemnym pokoju. Rurkę przewodnią zanurzono w kolbce z małą ilością wody przekroplonéj, ostatnią zaś kolbkę z rurką U zawierającą rozczyn azotanu srebrowego, ostatecznie z kolbką z wodą przekroploną. Podczas ogrzania (nawet bez zakwaszania treści kolbki pierwszéj) a mianowicie w czasie wrzenia treści, zauważono wybitne prześwietlanie pary przechodzącéj do rurki chłodnika, to też po oziębieniu wprowadzono do kolbki nieco rozcieńczonego kwasu siarkowego, poczem przekraplano aż do zupełnego ustania świecenia w rurce. W końcu wśród działania przyrządu przeprowadzono kwas węglowy, nie odejmując kolby pierwszéj. Woda w kolbce (odbieralnika) okazała zmącenie z powodu pływania drobniutkich płateczków, a rozczyn srebra w rurze U, mianowicie w pierwszem ramieniu widocznie zczerniał. Zmącenie w odbieralniku, ogrzewanym następnie w łaźni wodnéj (po zamknięciu tegoż) ustąpiło, a po oziębieniu i odstaniu wydzieliły się drobniuchne ziarenka na dnie i ścianach naczynia, które jednak przy bliższem badaniu nie okazały się jako czysty fosfor.

Celem oznaczenia ilościowego fosforu w części przedmiotu badanego złączono ciecze z odbieralników z roztworem srebra z rurki U, zmięszano z dostateczną ilością kwasu azotowego i chlorowodowego, a po ogrzaniu, gdy już kwas chlorowodowy żadnego zmącenia w cieczy nie wywoływał, zagęszczono i odsączono od chlorku srebra. Po przekonaniu się, że odsącz srebra nie zawiera, zalkalizowano amoniakiem a gdy tenże nie wywołał żadnego strątu nawet po dłuższem odstaniu, dodano czystego roztworu amono-magnowego, przy czem utworzyło się słabe zmącenie, zwiększające się przy poruszaniu pręcikiem. To też po dłuższém odstaniu w miejscu ciepłem odsączono krystaliczny osad, który przy badaniu drobnowidowem okazał wybitne cechy fosforanu amono-magnowego. Osad ten zebrany na sączku po wysuszeniu i wyżarzeniu wynosił 0·038 grm. pyrofosforanu magnowego, co odpowiada 0·01 grm. fosforu w przedmiocie badanym.

Opis dalszego badania treści kolby, z któréj przekraplano, opuszczam tutaj, nadmieniam tylko, że w treści téj wykazało badanie obecność siarki.

Na téj podstawie orzekliśmy, że w żołądku i tegoż treści (ze słoja Nr. I) wykazało badanie obecność fosforu wolnego w ilości 0·01 grm. a gdy w tymże przedmiocie udowodniono również obecność siarki, przeto uzasadnioném jest twierdzenie, że do żołądka tego wprowadzono główki zwykłych zapałek. Odpowiednio do oznaczonéj ilości fosforu ilość zapałek wynosiła około 20 sztuk.

Na podstawie tych orzeczeń, zeznań świadków i przyznania się obwinionéj, oskarżyła c. k. Prokuratoryja Państwa Franciszkę K. o zbrodnię skrytobójczego morderstwa. Rozprawa przed trybunałem przysięgłych, przy której znawcy potwierdzili w zupełności zdanie obducentów co do przyczyny śmierci dziecka, przekonała sędziów o winie Franciszki, którą skazano na śmierć — skazana jednak została ułaskawioną i odbywa obecnie karę ciężkiego więzienia.

Otrucie fosforem jest jednem z najdokładniéj opisanych a według naszego doświadczenia u nas najczęstszem, a są to przedewszystkiem samobójstwa. Morderstwa przez podanie téj trucizny bez porównania rzadziéj się spostrzega, co zresztą na karb fizycznych własności fosforu klaść należy. Najrzadziéj zdarza się sposobność obserwowania tego otrucia u niemowląt i okoliczność ta niech usprawiedliwi ogłoszenie drukiem opisu niniejszego przypadku. W dostępnéj nam literaturze znajdujemy opis przypadku podobnego do naszego, ogłoszony przez Jäderholma (*Schmidt's Jahrb.* 1876 T. 170 str. 232) i wzmiankę o innym przypadku otrucia niemowlęcia 5-tygodniowego, którą czyni Sonnenschein (*Hdb. d. ger. Chem. Berlin* 1881 str. 25). Jak wynika z zeznań świadków, przebiegało otrucie u niemowlęcia zupełnie inaczéj, aniżeli to bywa zazwyczaj u osób dorosłych. Pomimo, że o wymioty jest u niemowląt tak łatwo, nie zauważano ich wcale w tym przypadku, w ogóle przebieg otrucia był nader szybki i to tłumaczy, że obraz sekcyjny przedstawił się inaczéj, aniżeli to bywa w przypadkach typowych u dorosłych. Zmiany pośmiertne posunięte już dosyć daleko (sekcyję wykonano w 6 dni po śmierci) zatarły zapewne nie jeden szczegół w obrazie anatomicznym, brak wymiotów dozwolił jednak już wśród sekcyi zbadać treść żołądka i oznaczyć przyrodę ciał obcych w nim znalezionych tak, że badanie chemiczne miało tylko uzupełnić i potwierdzić niejako rozpoznanie obducentów. Główki zapałek znaleziono w żołądku, podczas gdy w przypadkach typowych u osób dorosłych prawie nigdy już przy sekcyi nie wykazuje badanie fosforu ani główek zapałek, jak to niejednokrotnie mieliśmy sposobność stwierdzić.

---

[1]) *Lehrbuch der Geburtshilfe.* — [2]) *Die Krankheiten der ersten Lebenstage.*

[1]) Jak zwykle tak i w przypadku niniejszym otrzymaliśmy trzewa w zwykłych słoikach szklanych owiązanych pęcherzem. Sposób ten zamykania trzew nietylko, że sprzeciwia się obowiązującym w téj mierze przepisom, lecz bardzo często czyni wszelkie badanie niemożliwem, zwłaszcza gdy płynna treść słoja styka się z pęcherzem, który gnije a treść wylewa się do opakowania i wycieka z paczki, w któréj rozwijają się zwłaszcza w lecie roje robactwa.

Drugą okolicznością, która zasługuje na uwagę jest, że pomimo, iż badanie chemiczne odbywało się w 2 miesiące po sekcyi, pomimo że opakowanie przedmiotu do badania przesłanego było niezbyt odpowiednie, obecność fosforu już przy otwarciu naczynia z żołądkiem nie mogła ulegać wątpliwości. Jak z jednej strony świadczyć to musi o obecności znacznéj ilości przetworu w żołądku niemowlęcia, tak z drugiéj wskazuje dowodnie, iż pomimo rychłego utleniania się fosforu, co i w tym przypadku musiało nastąpić, pozostała go jeszcze tak znaczna ilość w stanie wolnym, iż nawet ilościowe oznaczenie było możliwem.

Jedno z najczęstszych pytań w sprawach tego rodzaju odnosi się do ilości główek zapałek, które wprowadzono. Wnioski pod tym względem czynione napotykają z tego powodu na pewną trudność, ile że ilość fosforu w zapałkach zwykłych bywa bardzo różną. Chociażbyśmy nawet przypuszczali, że stosunek procentowy fosforu do innych ciał w masie fabrycznie przygotowanéj jest taki sam, to jednak poszczególne sposoby postępowania, tak z masą samą, jak niemniéj z gotowemi już zapałkami, a zwłaszcza suszenie ich, a nadto sposób przechowywania muszą wpływać na tę ilość. Pod tym też względem różnią się zdania autorów bardzo znacznie; Pappenheim podaje, że główka jednej zapałki zawiera 0·01 grm; Böcker tylko 0·004! Gunning, (*Nederlandsch Tijdschr. voor Geneesk. Alf. I.* 1866) zbadał rozmaite fabrykaty i przekonał się, że zapałki angielskie zawierają w 100 główkach 34, 33 i 52 miligr., francuskie 62 miligr. belgijskie 58, zapałki zaś nieznanego pochodzenia okazywały 12, 17, 32, 41 i 28 miligr. w 100 główkach. W przypadku niniejszym przypuściliśmy, że ilość 0·01 fosforu odpowiada około 20 główkom zapałek a to polegając na nowszych badaniach Dragendorffa i Hagera (*Untersuchungen*, 1874 strona 502), z których ostatni twierdzi, że jedna główka zapałki zwykłéj zawiera 0·5 miligrama fosforu.

W każdym razie twierdzenie obwinionéj, że dziecku podała tylko 9 główek zapałek można było śmiało uznawać za niezgodne z prawdą i trzeba koniecznie twierdzić, że znacznie więcéj dziecku podała, albowiem już przy sekcyi badali obducenci ciała obce w żołądku zwłok znalezione, ku czemu pewną ich część zużyli, nadto wskutek utlenienia się uchyliła się pewna część fosforu z pod badania, badanie wreszcie nasze odnosiło się tylko do pewnéj części przedmiotu w słoju przysłanego a zresztą pomimo upływu 10-ciu godzin pomiędzy podaniem trucizny a śmiercią dziecka uległa pewna część fosforu wessaniu.

Nie wiemy, czy w okolicy, gdzie zajście miało miejsce, istnieje wiara w lecznicze działanie fosforu, czem obwiniona czyn swój usprawiedliwić chciała — stwierdzamy tylko, że po raz pierwszy zdarzyło nam się słyszeć o czemś podobnem, — metoda lecznicza Kassowitza nie zdobyła sobie może jeszcze tak rozległego zastosowania!

Sposób postępowania przy badaniu jakościowem i oznaczaniu ilościowem jest powszechnie znany i jak dotąd najlepszy; badanie odbywa się jednocześnie w obu kierunkach, nie ma wcale obawy utraty ciała ilościowo oznaczyć się mającego, a co również w badaniach tego rodzaju ważną odgrywa rolę, nie ulega przedmiot pierwotny znacznym zmianom tak, że dalsze badanie pozostałości w kolbie jest możliwem. To też metodą tą posługuje się prof. Stopczański od szeregu lat nie doznając zawodu.

III. Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź na ocenę.

W Nrze 25 „Przegl. Lek.“ zamieszczona została ocena mojéj broszurki, składająca się z kilku zdań, tu i ówdzie z niéj wyjętych i luźnemi uwagami połączonych. W ocenie téj szan. sprawozdawca zarzuca mi gołosłownie, iż ja przysięgam na swego mistrza Hahnemanna i jedynie wojuję wiarą. Dzisiaj, w ostatniéj dekadzie XIX-go wieku, który skalpelem krytyki porozcinał wszystkie dogmata nauki i poddał je analizie rozsądku zdrowego, byłoby zbyt śmiesznem i nierozsądnem *jurare in verba magistri* i zasłaniać się wiarą. Tego rodzaju zarzut jest już za poważny, aby go można było pominąć milczeniem.

Dowodząc zasad homeopatyi, trzymałem się metody indukcyjnéj: zbierałem pojedyncze fakty (str. 18—25) i opierając się na nich wyprowadzałem tezę. Teza ta brzmi: „Istotę homeopatyi stanowi prawo podobieństwa, wymagające, aby w chorobach podawano takie środki lecznicze, których fizyjologiczne działanie przedstawia najbardziéj zbliżone podobieństwo do danego cierpienia; prawo to stwierdzają i doświadczenia fizyjologiczne i obserwacyje nad chorymi“. Żadnemu krytykowi nie wolno jest pomijać faktów, lecz jest obowiązkiem jego, jeżeli jest przeciwnego z autorem zdania, przytoczonym faktom przeciwstawić swoje kontra-fakty, a tezie kontra tezę. Tymczasem szan. sprawozdawca, niedopełniwszy warunków powyższych, odrazu bez dowodów stawia mi zarzut, że przysięgam na Hahnemanna, a na dowód że swoje twierdzenia opieram na wierze i „*credo quia absurdum*“, przytacza me zdanie, że „nie wiem dlaczego takie prawo istnieje“, że „małe ilości lekarstwa usuwają u chorych podobne zaburzenia, jakie same w trujących dawkach sprowadzają u zdrowych“. Gdybyśmy w ten sposób chcieli rozumować, to moglibyśmy powiedzieć fizykowi, że jego teza, iż kąt padania równy jest kątowi odbicia, jest niedorzecznością, albowiem nie wie wcale, dlaczego takie prawo istnieje; chemicy nie wiedzą, dlaczego istnieje prawo wielokrotnych stosunków i t. d. Pomimo tego ani prawa chemii, ani fizyki itd. nie są niedorzecznościami, bowiem opierają się na faktach doświadczenia i obserwacyi. Ponieważ i prawo podobieństwa opiera się, jak to już zaznaczyłem, na całym szeregu faktów, zdobytych z jednéj strony doświadczeniem i obserwacyją od czasów Hahnemanna do chwili obecnéj, co jest rzeczą małéj wagi, a z drugiéj strony doświadczeniem i obserwacyją lekarzy szkoły urzędowéj, co jest rzeczą wielkiéj wagi, — zatem „z rozumem prostym nie może pozostawać w sprzeczności“. Tak subjektywne, jak i objektywne objawy choroby są fakty obserwacyi; objawy wywołane lekami u zdrowego człowieka są fakty doświadczenia, a zatem ani dla wiary, ani dla hypotezy nie ma miejsca w homeopatyi, która dlatego ma zupełne prawo nazywać się terapiją pozytywną. Jeżeli jestto błędny wniosek, to gdzie i na czem błąd polega?

Być może stanę pod zarzutem, że zamało faktów doświadczenia i obserwacyi lekarzy szkoły urzędowéj przytoczyłem. Nie było jednak moim zamiarem przytaczać wszystkich, mogę tu tylko wspomnieć jeszcze o doświadczeniach Wagnera nad działaniem fosforu na zwierzęta młode, doświadczeniach wymownie świadczących, że zmiany powodowane u zwierząt w końcach kości długich są zupełnie podobne do zmian, z jakiemi się spotykamy u dotkniętych krzywicą. Nie potrzebuję dodawać, jak drobne daweczki fosforu działają zbawiennie w krzywicy. Skuteczność małych dawek jodu w przewlekłych nieżytach płuc, stwierdzona przez szwajcarskich lekarzy, daléj skuteczność małych dawek opium w przewlekłem zaparciu stolca, stwierdzona przez lekarzy angielskich, wreszcie prace najnowsze o akonitynie, jadzie pszczolim itd., powiększają szereg dowodów, potwierdzających prawo podobieństwa.

Najbardziej dziwnem dla mnie się wydaje to, że szan. sprawozdawca utrzymuje, iż „minęły już niepowrotnie czasy dysput naukowych“. W takim razie pocóż są urządzane kongresy i pocóż Kraków zwołuje zjazd lekarzy polskich, jeżeli czasy dysput naukowych bezpowrotnie minęły? Ruch to życie! Gdzie nie ma dysputy, tam nie ma ruchu, tam nie ma życia, tam nie ma postępu. Jedynie brakowi dysputy zawdzięczamy, do czego ze wstydem przyznać się musimy, iż wiele cennych środków leczniczych, jak n. p. hypnotyzm, magnetyzm i hydroterapija negowane było i przez długi przeciąg czasu pozostawało w rękach profanów. Toż samo dzieje się i z homeopatyją! Nikt do tego czasu należycie ze strony naukowéj tego sposobu leczenia nie ocenił. Proszę pokazać mi, gdzie i jakie stronnice dziejów medycyny przechowały nam dowody, aby poważne badania prowadzone były nad homeopatyją i aby jéj poważne zarzuty były stawiane?

Ponieważ każdy lekarz ma prawo udać się do redakcyi pism lekarskich z prośbą o wyjaśnienie mu pewnych kwestyj naukowych, przeto ja udaję się do szanownéj Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego“ z prośbą, aby była łaskawa, trzymając się metody indukcyjnéj wykazać mi błędy homeopatyi, a w razie jeżeli przytoczy mi choć jeden pozytywny, niezbity fakt, świadczący przeciw téj nauce i tym sposobem dowiedzie mi, żem wkroczył na manowce, to natychmiast postaram się użyć wszelkich wysiłków, aby spalić za sobą przebyte dotąd mosty i zachowam dla niéj do końca życia wdzięczność za wskazanie mi właściwéj drogi. Dopóki jednak stawiane zarzuty obracać się będą w sferze zdań czystych, a nie w sferze faktów, dotąd w mojem pojęciu prawa homeopatyi pozostaną niewzruszone i sądzę, że pozostaną takiemi dla każdego, „u którego myślenie loiczne nie doznało szwanku“. *Dr. Józef Drzewiecki.*

Jak podając ocenę rozprawy b. ordynatora kliniki terapeutycznéj powodowaliśmy się nie jéj wartością, lecz utyskiwaniem autora na „oddzielanie homeopatyi od prasy murem chińskim“, tak obecnie składamy dowód bezstronności umieszczając bez zmian i dosłownie odpowiedź jego, jakkolwiek w niéj autor mija się przedewszystkiem z prawdą, twierdząc, że sprawozdawca utrzymuje, iż „minęły już niepowrotnie czasy dysput naukowych“, podczas gdy sprawozdawca powiedział: „Autor wyzywa do dysputacyi, nakształt dawnych teologów, a jakkolwiek minęły już niepowrotnie czasy takich dysput naukowych, w których zazwyczaj nikt nikogo nie zdołał przekonać i nawrócić, to jednak aby go przekonać, że lekarzom wcale na tem nie zależy, aby homeopatyję murem chińskim odciąć od świata, zdajemy sprawę itd.“ Otóż wyraźnie jest mowa o szczególnego rodzaju dysputach, to jest takich, gdzie występowali rozmaitego wyznania szermierze, popisując się czczemi słowami bez nadziei przekonania lub nawrócenia przeciwnika. A ponieważ jesteśmy mocno przekonani, że dysputa ustna lub pisemna między dwoma lekarzami, z których jeden zalicza się do allopatów, a drugi przysięga na słowa Hahnemanna, którego w dziwnem swem zaślepieniu stawia na równi z Archimedesem, Newtonem i Galileuszem, równałaby się co do praktycznego wyniku swego dysputom między mnichem a pastorem lub rabinem, i wogóle między dawnemi teologami, mieliśmy prawo powiedzieć, że czasy takich dysput naukowych minęły bezpowrotnie. Odpowiedź autora, powyżéj umieszczona, przekonała nas i zapewne przekona każdego czytelnika nieuprzedzonego, że zdanie nasze było uzasadnione, że z b. ordynatorem kliniki terapeutycznéj, który wyszedłszy z kliniki dostał się na takie manowce, wszelka dysputa naukowa jest niemożebną. Ponieważ zaś wcale nie poczuwamy się do obowiązku tłumaczenia autorowi „pewnych kwestyj naukowych“, a przedmiot zresztą jest za nadto mało ważny, aby mu dużo miejsca w tygodniku poświęcić, gdy wreszcie dla piszącego jest rzeczą całkiem obojętną, czy b. ordynator kliniki terapeutycznéj zechce spalić za sobą „dotąd przebyte mosty“ lub nie, medycyna zaś racyjonalna nic na tem nie straci, jeżeli w pojęciu autora rozprawy i repliki „prawa homeopatyi pozostaną niewzruszone“, oświadczamy niniejszem, że w dalszą dyskusyję z prorokiem Hahnemanna a b. ordynatorem kliniki terapeutycznéj wdawać się nie mamy zamiaru. *L. B.*

Bakteryjologija.

M. Nencki: **Kwasy mleczne izomeryczne jako środek rozpoznawczy poszczególnych grzybków rozszczepkowych.**

W rozprawie swéj zwraca autor uwagę na znaczenie kwasu mlecznego, otrzymanego działaniem grzybków rozszczepkowych na węglowodany. Nie wystarcza jednak dla celów rozpoznawczych wykazać, że otrzymany produkt rozkładu jest kwasem mlecznym, wiele bowiem grzybków posiada własność wytwarzania go, chodzi jeszcze o dokładne zbadanie własności optycznych tegoż, a mianowicie o wykazanie, czy jest kwasem czynnym czy nie. W pierwszym przypadku należy określić, w którą stronę skręca promień światła po załamaniu go i jak pod tym względem zachowują się jego sole, niejednokrotnie bowiem na téj tylko drodze poszczególne rodzaje grzybków dają się od siebie rozróżnić.

Daléj podaje autor najodpowiedniejsze według niego postępowanie w celu otrzymania produktów rozkładowych węglowodanów działamem grzybków. Zasadza się ono na przygotowaniu i wyjałowieniu pożywki Do tego celu używa autor bulionu albo 1% roztworu peptonu i z dodatkiem pewnéj ilości węglowodanów. Po wyjałowieniu i zaszczepieniu pozostawia kulturę w ciepłocie 37—40° C. przez 2 tygodnie, jeżeli chodzi o aerobiotyczne grzybki, a przez 4 tygodnie, jeśli się ma anaerobiotyczne grzybki. Po upływie tego czasu robione badania mają na celu oddzielić od siebie pojedyncze produkta rozkładu i określić dokładnie własności otrzymanego czystego kwasu mlekowego. Podczas swych badań zrobił autor spostrzeżenie, że niektóre gatunki grzybków tracą w kulturach własność rozkładania węglowodanów, mają więc w tym kierunku pewne podobieństwo do chorobotwórczych bakteryj. (*Gazeta Lekarska* 1891, Nr. 11).

Patologija.

Wł. Zawadzki: **Przyczynek do patologii wylewu mlecza do jam surowiczych.**

Autor opisuje dwa przypadki przez siebie obserwowane. Pierwszy dotyczy choréj na raka jajników i otrzewny, drugi choréj z wolem podmostkowym i rakiem żołądka. W przypadku pierwszym wykonano dwa razy punkcyję brzucha z powodu bardzo znacznéj duszności, płyn otrzymany po pierwszéj punkcyi nie przedstawiał nic szczególnego, dopiero powtórna punkcyja daje płyn mleczny ze znaczną ilością tłuszczu i wogóle składem swoim bardzo mlecz (*chylus*) przypominający. Wylew ten tłómaczy autor upadkiem ciśnienia śródbrzusznego po pierwszéj punkcyi, zwyrodnieniem nowotworu gruczołów kreskowych i następowem nadmiernem rozszerzeniem naczyń chłoniczych, co sekcyją stwierdzonem zostało. W drugim przypadku wylew mlecza nastąpił do worków opłucnowych a wywołany został wprost mechanicznym uciskiem wola na obie żyły bezimienne. Powstałe skrzepy krwi jeszcze bardziéj odpływ krwi utrudniały, a tem samem i zawartość obu wielkich naczyń limfatycznych piersiowych swobodnie odpływać nie mogła, rozszerzała więc te naczynia, a gdy wreszcie pomieścić się już nie mogła, występowała na zewnątrz do worków opłucnowych. Na zakończenie przytacza autor przypadki tego rodzaju z literatury i sposób w jaki je poszczególni autorowie tłómaczyli. (*Gazeta Lek.* 1891, Nr. 6). *Dr. Ludomił Korczyński.*

Choroby wewnętrzne.

Schubert (Reinerz): **Leczenie błednicy upustami krwi i kąpielami parowemi.**

Nadzwyczaj zajmujący wykład na temat powyższy wypowiedział S. na zjeździe balneologicznym, który odbywał się w Berlinie od 6—8 marca. Autor przyznaje, że upust krwi uważał dotąd za niepotrzebny zabieg leczniczy, lecz podania innych autorów o dobrych wynikach tego zabiegu zdumiewały go. — Pierwszy Deyes zastosował upust krwi u kobiety dotkniętéj błednicą, któréj zejścia co chwila ocze-

kiwano, a to dla ulżenia jéj cierpień. Przystępował do operacyi z bojaznią i drżący, lecz kiedy upuściwszy jéj około 90 grm. krwi, na drugi dzień ją odwiedził, zadziwić się musiał z powodu dobrego wejrzenia chorej, która na powitanie naprzeciw niemu wyszła i opowiedziała mu, że czuje się jak nowonarodzona. Po 5 tygodniach była to kwitnąca i rumiana kobieta, która późniéj jeszcze cztery razy rodziła. — Drugim był Wilhelmi, który również zdumiewające otrzymał wyniki po upuście krwi i przychodzi do przekonania, że im bardziéj typową jest blednica, tem szybszy i pewniejszy jest skutek tego leczenia. — Scholta stosował w blednicy tylko kąpiele parowe i uleczył w ten sposób przeszło 20) chorych (3 recydywy) i przypuszcza, że blednica jest *plethora*, w któréj upusty krwi, środki przeczyszczające i kąpiele parowe dobrze działać muszą. Obecnie poprzedza upusty krwi leczeniem kąpielami parowemi. Ilość krwi upuszczonéj była ½ grm. na 1 funt ciężaru ciała. Badania autora są zgodne z przytoczonemi, dodaje jednak, że można dojść do 1 grm. na funt ciężaru ciała. Upust krwi należy choremu wykonać w łóżku, w którem chory jeszcze 24—48 godzin pozostać winien. Po operacyi podaje się kwaski i nie ogranicza się wcale dyjety. Występują silne poty, sen, uczucie głodu i zdrowia. Upust krwi pomaga w blednicy zawsze, nigdy zaś nie szkodzi, gdyby nawet jak w blednicy na tle nerwowem nie nastąpiło wyzdrowienie, lecz tylko poprawa. Autor też pierwszy zauważył po upuście krwi, że buczenie nad żyłami szyjnemi znika, objaw, który może mieć znaczenie rozpoznawcze i wskazać nam, kiedyśmy dość krwi już upuścili. Co do przyzwyczajenia do upustów krwi, to takowe nie istnieje, a gdyby nawet i było, to 1—2 u razowy upust krwi rocznie mniéj z pewnością szkodzi, niż przez długi czas podawane różnorakie leki. Z metodą tą można połączyć i podawanie żelaza lub też zastosować następnie kąpiele parowe. (*Wr. med. Presse* 1891, Nr. 15). *Dr. Ebersohn.*

Chirurgija.

Prof. Czerny (Heidelberg): **O resekcyi żołądka i jelit.**

C. donosi o wynikach resekcyj żołądka i jelit, jakoteż gastroenterostomij z swéj kliniki; wyklucza gastro- i enterostomije jakoteż resekcyje jelit z powodu zgorzeli i ostrego przedziurawienia jelita. C. wykonał 8 pylorektomij u 7 osób z powodu raka; trzy z nich umarły z powodu zgorzeli jelita. Dwa eliptyczne wycięcia, jedno z powodu zwężającego wrzodu oddźwiernika przed 7 laty, drugie z powodu mięsaka sieci, zakończyły się wyzdrowieniem. Z trzech pylorektomij, wykonanych z powodu dobrotliwego zwężenia, skończyła się jedna śmiercią wskutek rozejścia się szwu, a dwie wyzdrowieniem. Więc na 13 resekcyj w żołądku wykonanych na 12 chorych 4 razy nastąpiła śmierć, 8 razy wyzdrowienie. Trwałe wyleczenie nastąpiło tylko przy zwężeniach dobrotliwych. Aż do r. 1885 musiał C bardzo często (12 razy) jamę brzuszną znowu zaszyć, ponieważ rak nie nadawał się do operacyj już to z powodu rozległych zrostów, już też przerzutów. W całości wykonał C. 14 razy cięcie próbne, 13 razy z powodu raka, a raz z powodu przypuszczanych zrostów żołądka. Z tych stracił tylko jednego chorego. W gastroenterostomii Wölflera znaleźliśmy środek, który w przypadkach nienadających się do resekcyj, może często choremu przynieść bardzo znaczną ulgę w jego cierpieniach. C. wykonał gastroenterostomiję 5 razy według Wölflera a 6 razy według sposobu Hackera. Ostatni jest anatomicznie lepszy, ponieważ jelita pozostają w swem naturalnem położeniu. Wyniki jego gastro-enterostomij nie były tak dobre, jak po wycięciu żołądka. Tylko czterech chorych miało z operacyi rzeczywistą korzyść, gdyż chorzy po ozdrowieniu jadali z dobrym apetytem i wolni byli od wszystkich dolegliwości poprzednich. Co do resekcyi jelita, to wykonał ją z powodu złośliwych nowotworów jelita 6 razy (4 +). Szczególnie pouczające są 5 resekcyj z powodu wrzodów gruźliczych. Z powodu wgłobienia resekował 4 razy (1 +). W jednym przypadku rozchodziło się o *intussusceptio colica*, powstałą wskutek raka w *S romanum*. Operacyję ukończono z najlepszym wynikiem, jak w przypadkach Mikulicza, przez wycięcie wgłobionego przez odbyt wypadłego odcinka. Z powodu przetok kałowych, pozostałych po przepuklinach, operował 6 razy (1 +). C. więc stracił na 21 chorych po resekcyi ośmiu. Resekcyja odnosiła się 8 razy do okolicy jelita biodrowego i ślepego (4 +), 2 razy do okrężnicy poprzecznéj, raz *S romanum*, 5 razy do jelita cienkiego (1 +), 4 razy były resekcyje podwójne (2 +), a raz sześciokątny szew j. cienkiego (+). (*Deut. m. W.* 1889, Nr. 45).

Verneuil (Paryż): **Jakie są bezpośrednie i późniejsze wyniki operacyjnego leczenia gruźlicy miejscowéj?**

V. dzieli wyniki bezpośrednie na dobre, średnie, ujemne i złe. Wyniki operacyjne bywają rozmaite, stosownie do tego, czy chorego przed, podczas lub po operacyi poddano odpowiedniemu ogólnemu leczeniu, czy też nie, odpowiednio do tego, czy operator mógł usunąć ogniska gruźlicze dokładnie, czy niedokładnie; także wybór metody operacyjnéj i możliwość zastąpienia noża wstrzykiwaniami, przypalaniem i t. d. wpłynie znacznie na wynik leczenia. Nad tą kwestyją rozwinęła się ożywiona rozprawa między chirurgami francuskimi, któréj ostateczne wyniki są następujące: Operacyjne leczenie gruźlicy miejscowéj jest wskazane we wszystkich przypadkach, jeżeli stan ogólny nie sprzeciwia się wykonaniu zabiegu operacyjnego. Statystyki czasów przedantiseptycznych nie można użyć do ocenienia wyników operacyjnych; statystyka jednak okresu przeciwgnilnego wskazuje, że nieszczęśliwe przypadłości po zabiegu stają się coraz rzadszemi, że raczéj poprawa stanu ogólnego jako zwykłe następstwo usunięcia miejscowego ogniska zwykle występuje i że trwanie wyleczenia i przedłużenia życia ciągle z ulepszoną techniką się powiększa. We wszystkich przypadkach należy na to zwrócić uwagę, aby chorych umieścić wśród korzystnych warunków hygienicznych; dyjeta wzmacniająca, pokarmy posilne, jak najdłuższy pobyt na świeżem powietrzu, szczególnie nad wybrzeżem morskiem w połączeniu z lekami posiadającemi zdolność zniszczenia prątków gruźl. (kreosot, jodoform i t. d.) mogą dobry bezpośredni wynik operacyi uczynić trwałym. (*W. m. Bl.* 1889, Nr 44). *Dr. Bf.*

Lemke (Hamburg): **O chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa.**

Autor opisuje 2 przypadki choroby Basedowa, w których osiągnął w 1 zupełne wyleczenie, a w 2 znaczną poprawę po wyłuszczeniu wola. U 17-letniego chłopca z wybitnemi objawami chorobowemi, a mianowicie: wytrzeszczeniem gałek, dusznicą i dużym wolem obustronnym musiano z powodu znacznego stopnia duszności przeciąć tchawicę, a w kilka dni późniéj przystąpiono do wyłuszczenia lewéj połowy gruczołu tarczykowego. Objawy chorobowe znikły po pewnym czasie w zupełności, wól po stronie prawéj sklęsł, ciężar ciała się podniósł a chory oddaje się swemu zawodowi bez przeszkody. Drugi przypadek dotyczył 47-letniego mężczyzny o wejrzeniu litość wzbudzającem: znaczne wychudnienie, czynność serca nieregularna, wytrzeszczenie gałek znacznego stopnia i wól obustronny dużych rozmiarów. Wyłuszczono wól prawy, a już na drugi dzień wytrzeszczenie gałek zmniejszyło się, a po 10 dniach chory opuścił klinikę. Obecnie po 6 miesiącach przybrał na wadze, wól lewy znikł, a czynność serca spokojna i regularna, oczy prawidłowo osadzone. Pozostała tylko lekka drażliwość i niepokój, pomimo tego jednak chory, który pracuje w swoim zawodzie na 4. piętrze, kilka razy dziennie drogę do swego mieszkania odbyć jest w stanie. (*Wr. med. Presse* 1891, Nr. 5). *Dr. Ebersohn.*

Choroby kobiece i położnictwo.

Oberth: **Ichtyjol w chorobach kobiecych.**

Spostrzeżenia poczynione w klinice Chrobaka w Wiedniu nie potwierdziły pomyślnych rezultatów Freunda. Oberth zdaje sprawę z wyników stosowania ichtyjolu w klinice téj w 42 przypadkach i przychodzi do wniosku, że środek ten specyficznego wpływu na cierpienia zapalne w otoczeniu macicy nie wywiera. Szczególnie nie przyznaje O. ichtyjolowi działania mającego ułatwić wessanie. Natomiast spostrzegł autor w wielu przypadkach szybką i znaczną poprawę bo-

lesności narządów w miednicy położonych, która umożebniała dokładne badanie oburęczne bez wywołania bólu i dlatego przyznaje ichtyjolowi działanie przeciwzapalne i kojące ból. O. radzi wprawdzie przyjąć ichtyjol między środki leczniczе w ginekologii, ale ostrzega przed przesadnemi nadziejami co do leczniczych skutków. O. stosuje środek ten w postaci tamponów w 5—10% rozczynie glicerynowym. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1891, Nr. 16). *Dr. Beck.*

J. Veit: **O zapobieganiu gorączce połogowéj.**

W roku 1877 zastanawiała się komisyja towarzystwa ginek.-położniczego berlińskiego nad przyczynami gorączki połogowéj; z obszernéj wówczas zebranéj statystyki wynika, że śmiertelność z powodu gorączki połogowéj wynosi 0,7 — 0,8%, którą to cyfrę uważała komisyja słusznie za nadzwyczajnie wysoką. Statystyka z ostatniego lat dziesiątka zestawiona przez Ehlersa wykazuje śmiertelność 0,583%, a więc mało co mniejszą. Gdyby zejście śmiertelne w połogu wykazało się przeważnie w przypadkach ciężkich powikłań np. łożyska przodującego, rzucawki, pęknięcia macicy, to statystyka nie byłaby tak smutną; ale według obliczeń z wszystkich przypadków śmierci tylko 2% można odnieść do ciężkich powikłań, reszta a więc 98% odnosi się do porodów mniéj lub więcéj prawidłowych, po których śmierć nie powinna była nastąpić i nie byłaby nastąpiła, gdyby rodząca nie została była podczas porodu zakażoną. Temu smutnemu stanowi rzeczy należy koniecznie zaradzić. Nie ulega, zdaje się, wątpliwości, że najczęściéj zakażenie następuje podczas badania wewnętrznego, t. j. badania palcem przez pochwę. O tém wiedział już Litzmann przed 12 laty, kiedy nie pozwalał uczniom badać wewnętrznie z obawy, żeby gorączka połogowa, która w kilku przypadkach wystąpiła, nie przybrała zbyt groźnych rozmiarów. (Zupełnie podobnie postępuje w klinice od dłuższego czasu prof. Madurowicz. Przyp. ref.). Pomimo, że w ostatnich czasach Rossier starał się wykazać, że kobiety badane wewnętrznie nie okazują wcale większéj śmiertelności niż kobiety wcale nie badane, to pomimo to zdaje się być faktem niezbitym, że badanie wewnętrzne jest często przyczyną zakażenia i śmierci.

A jednak badanie przez pochwę nie daje się całkowicie usunąć, daje się jednak znacznie ograniczyć, jeżeli lekarz wezwany do rodzącéj zada sobie pytanie, w jakim celu bada wewnętrznie. Badanie zewnętrzne daje tak cenne wskazówki co do położenia płodu, stanu matki i dziecka, i przebiegu porodu, że w wielu przypadkach badanie przez pochwę jest wprost zbyteczne. Dlatego uważa autor za stosowne podać wskazania do badania wewnętrznego. Zdaniem jego badanie wewnętrzne w pierwszym okresie porodowym jest wskazane I. przy ogólnych zboczeniach 1) rzucawka i zapalenie nerek 2) gorączka, ogólne osłabienie, słabe tętno. II. przy miejscowych zboczeniach, 1) krwotok z dróg rodnych 2) znaczna bolesność skurczów macicy porodowych, 3) zbyt długie trwanie pierwszego okresu. III. przy zboczeniach wykazanych przez badanie zewnętrzne 1) nieustalenie główki u pierwiastek w pierwszym okresie a u wieloródek po odpływie wód, 2) zbytnie rozciągnięcie dolnego odcinka macicy grożące pęknięciem, albo pęknięcie macicy, 3) zwolnienie tętna płodu, 4) nieprawidłowe położenie i ustawienie płodu. W okresie drugim należy przystąpić do badania przez pochwę I. przy zboczeniach ogólnych 1) gorączka, 2) słabe tętno matki, 3) podniecenie umysłowe, 4) rzucawka i zapalenie nerek. II. przy zboczeniach, miejscowych 1) opóźnienie odpływu wód płodowych, 2) krwotok z dróg rodnych, 3) osłabienie bólów porodowych, 4) brak postępu w porodzie. III. przy zboczeniach wykazanych badaniem zewnętrznem 1) zboczenie w położeniu i ustawieniu płodu, 2) zbytnie rozciągnięcie dolnego odcinka, lub pęknięcie macicy, 3) zwolnienie tętna płodu, 4) nieustalenie główki. W okresie trzecim można badać tylko wtenczas, jeżeli silny krwotok zmusza do wprowadzenia ręki.

Z zestawienia tego wynika, że z pewnością w połowie przypadków badanie przez pochwę będzie niepotrzebne. Nie potrzeba dodawać, że do wskazań tych stosować się winny w pierwszym rzędzie akuszerki. Że w razie potrzeby badania wewnętrznego potrzebne są wszelkie ostrożności antiseptyczne, rozumie się samo przez się. (*Berlin. klin. Woch.* 1891. Nr. 19). *Dr. Al. Rosner.*

Choroby weneryczne i skórne.

Prof. Pick (Praga): **O użytku mazideł wysychających w leczeniu chorób skórnych.**

Autor poleca w miejsce dotąd używanych klejów leczniczych, których głównym składnikiem jest żelatyna, mazidło wysychające (*linimentum exsicans*) według przepisu następującego sporządzane: *gummi tragacanthae 5·0, glycerini 2·0, aquae dest. 100·0.* Można mazidło to na zimno przez ucieranie w moździerzu przygotować, lepiéj jednak przez zagotowanie je sporządzić, wtedy bowiem lepiéj daje się ono przechować i jest zupełnie aseptycznem. Mazidło to na skórę zastosowane zsycha się, tworząc delikatną powłokę wywołującą na miejscach zapaleniem dotkniętych z początku przyjemny chłód, a potem lekkie ściąganie w stanach zapalnych skóry pożądane. Mazidło to można mięszać w dowolnym stosunku z środkami leczniczemi tak w wodzie rozpuszczalnemi jak i nierozpuszczalnemi, nadto olejami lub żywicami n. p. z *ol. cadin.*, *thereb.*, *fagi*, ichtyolem, jodoformem, tlenkiem rtęci, kwasem salicylowym i t. d. Sposób zastosowania tego mazidła jest w zupełności ten sam co i innych mazideł. Środki energiczne, jak dziegieć, mazidłu temu dodane działają swoiście w miejscu zastosowania; a zastosowane na znaczniejszéj przestrzeni nie wywołują nigdy zatrucia, jakby to miało miejsce, gdyby w innem *remedium constituens* podane były. Środki oleiste z mazidłem tem zmięszane opaźniają nieco przyschnięcie tegoż. (*Prager Med. Wochenschrift* 1891, Nr. 21). *Dr. Wachholz.*

Choroby nerwowe.

A. Koehler (Berlin): **Padaczka korowa po przeszywającéj ranie czaszkowéj; trepanacyja blisko w rok po zranieniu; odtąd 4 miesiące bez napadu.**

Czyste przypadki padaczki Jacksona, w których zawsze kurcze powstają z tego samego ograniczonego miejsca pól ruchowych kory, rozpoczynają się od drgawek tychże samych grup mięśniowych i zawsze w tym samym szeregu, odpowiednio do położenia ośrodków ruchowych występują najpierw w mięśniach tychże, a następnie wśród utraty przytomności przenoszą się na mięśnie drugiéj połowy ciała, są jeszcze obecnie dosyć rzadkiemi. Ale jeszcze rzadszemi między niemi są te przypadki, w których udało się przez usunięcie przyczyny, względnie chorego ośrodka, wyleczyć także padaczkę. U chorego z kliniki chirurgicznéj prof. Bardelebena istniała urazowa padaczka korowa w najczystszéj postaci. Po trepanacyi, od któréj obecnie upłynęły 4 miesiące, napadu nie było; mimo stosunkowo krótkiego czasu przypuszcza autor trwałe wyleczenie, ponieważ tu przez zabieg osiągnięto na przestrzeni czaszki 2 ctm. ku wewnątrz wysterczającéj kończastemi odłamkami blaszki wewnętrznéj pokrytéj gładką blizną. 33 letni mężczyzna otrzymał w maju 1888 r. cięcie pałaszem w lewą kość ciemieniową, rana kostna 10 ctm. długa, bez wgniecenia. Niedowład prawéj ręki, nerwu twarzowego, zboczenie w mowie, drgawki w mięśniach niedowładnych. Po zagojeniu się rany przez rychłozrost chorego wypuszczono. W 5 tygodni późniéj pojawiły się napady kurczów w prawéj połowie ciała, wśród utraty przytomności przenoszące się na lewą połowę. Trepanacyja, usunięcie drażniącéj enostozy. W przypadku tym zranienie dlatego było pouczającem, ponieważ naruszyło dokładnie lewy rowek środkowy i ponieważ przez rozmaity współudział gałązek n. twarz. można było ściśle oznaczyć uszkodzone pola ruchowe kory. Zaraz po zranieniu wskazania do trepanacyi nie było, ponieważ objawy ogniskowe bardzo szybko ustąpiły, musielibyśmy chyba przyjąć jako regułę, aby przy każdéj przeszywającéj ranie czaszkowéj trepanować, co obecnie nie jest powszechnie przyjętem. Wskazanie do trepanacyi wystąpiło w rok po zranieniu. Jakiego rodzaju była zmiana, drażniąca odpowiednią okolicę kory, czy torbiel, zrosty, wybujałości kostne itd. pozostało wątpliwem; można było tylko z objawów wno-

sić, że niema ani guza, ani ropnia mózgowego. (*Deut. Woch.* 1889, Nr. 46). *Dr. Bf.*

Choroby umysłowe.

Gauster (Wiedeń): **Grypa w roku 1889/90 w zakładzie krajowym dla chorych umysłowych i wpływ tejże na choroby umysłowe.**

G. spostrzegał w wymienionym zakładzie 156 przypadków grypy, dotyczących częścią personalu obsługującego, częścią chorych, w czasie od 14 grudnia do 10 stycznia.

Stosunek był następujący:

1. Umysłowo chorzy stosunkowo mniéj na grypę zapadali, niż zdrowi; choć między pierwszymi było wielu osłabionych i charlaków. 2. Kobiety więcéj zapadały niż mężczyźni; podczas gdy u zdrowych stosunek ten był odwrotny. 3. Dorośli zapadali więcéj niż dzieci. 4. Chorzy umieszczani na parterze więcéj niż umieszczani na piętrach. 5. Co do objawów, nasilenia i przebiegu choroby nie zauważono żadnéj różnicy między umysłowo chorymi a zdrowymi. 6. Grypa może jak każda inna choroba zakaźna wywołać obłęd opilczy. (W zakładzie zmarło z influenzy 6 mężczyzn i 1 kobieta, po większéj części na zapalenie płuc w *delir. tremens*).

Wpływ grypy na choroby umysłowe był wybitny w kilku przypadkach, i tak: 1. U choréj cierpiącéj na szał peryjodyczny nastąpił po influenzy silny napad manii, po którym chora wycieńczona więcéj do siebie przyjść nie mogła i zmarła. 2. Ciężki przypadek zadumy został przez influenzę zupełnie wyleczony. 3. W przypadku pomięszania przewlekłego grypa zdawała się z początku stan chorobowy poprawiać, późniéj jednak nastąpiła silna recydywa.

Wybuchu chorób umysłowych świeżych po influenzy, jak to inni opisują, autor nie zauważył. (*Wr. med. Presse* Nr. 5, 1891). *Dr. Ebersohn.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

II. Posiedzenie z d. 2 lutego 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 37.
Nowy członek kol. Kohlberger.

1) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą z późnemi zmianami kiłowemi na skórze twarzy i podudzia.

Kol. Krówczyński zwraca uwagę na trudności dyjagnostyczne tych przypadków.

2) Kol. Feigel przechodzi opisane przez różnych badaczy zmiany anatomiczne i histologiczne w tkankach zajętych gruźlicą po zastrzykiwaniach limfy Kocha, następnie opisuje zmiany, jakie sam spostrzegał tak w jednym przypadku nekroskopii, jakoteż i przy badaniu wyciętych przez kol. Ziembickiego kawałków z wilka twarzy i odnogi dolnéj i okazuje odnośne preparaty mikroskopowe. W pierwszym przypadku uderzała wybitna karnifikacyja miąższu płucnego, który był ciemno-sino-czerwony, twardawo-elastyczny, w miejscach nacieklych serowato różowawy, mocno soczysty; kawerny otoczone wałem sino-czerwonym, zbitszym 0·5 do 1 ctm. szerokim, a ściany ich mocno przekrwione. Drobnowidowe badanie wykazuje w płucach naciek obfity, świeżo zapalny w tkance międzypęcherzykowéj, pęcherzyki płucne wypełnione również obficie bujającym przybłonkiem i komórkami wypocinowemi jak przy bardzo ostrem zapaleniu nieżytowem płuc. W otoczeniu kawern bardzo gęsty naciek komórkowy, naczynia włosowate rozszerzone i mocno krwią przepełnione. W wyciętych kawałkach wilka widać również naczynia mocno rozszerzone i przekrwione, a w utkaniu skóry naciek gęsty komórkowy szczególnie wzdłuż przebiegu naczyń i w rozrzuconych kępkach. Naczynia limfatyczne mocno rozszerzone i wypełnione skrzepłą limfą z licznemi ciałkami białemi. Wykład ten w całości będzie ogłoszonym.

Następnie przedstawia kol. Feigel preparaty: a) *Tumor cavernosus hepatis* niezwykłéj wielkości, gdyż prawie wielkości pięści i centralnie w głębi płatu prawego wątroby położony. — Środek guzu tego jest krwawo-czerwony, w obwodzie widać białą tkaninę ścięgnisto w głąb guza wchodzącą. Prelegent okazuje zarazem preparaty histologiczne tego guzu. b) Wrodzone przemieszczenie śledziony w okolicę biodrową prawą pod kątnicą.— Śledziona dość znacznéj wielkości 16 ctm. dł., 8 ctm. szer., a 6 ctm. grub. otoczona zgrubiałą torebką leży w tkance łącznéj ścięgnistéj w kącie samym pod kątnicą w prawéj jamie biodrowéj. Tętnica śledzionowa odchodzi niżéj jak zwykle z lewéj strony z tętnicy głównéj brzusznéj, skręca się na prawą stronę i dąży wprost ku wnęce śledziony; jest ona pokręconą i grubości grubego pióra gęsiego.

3) Kol. Głuziński zdaje sprawę ze swych obserwacyj nad metodą Kocha. Po zaznaczeniu trudności jakie napotyka każdy, który gruźlicą płuc się zajmuje, zmienności obrazu klinicznego, występowania powikłań śród przebiegu choroby bez wiadoméj przyczyny, ustępowania objawów jak gorączki, rzężeń itd. w przypadkach, gdzie się tego nie można było spodziewać, przychodzi do wniosku, że w ocenieniu przebiegu gruźlicy przy stosowaniu środka Kocha trzeba być bardzo ostrożnym i jedynie bardzo skrupulatne badania, znajomość przebiegu choroby przed stosowaniem środka i krytyczny rozbiór każdego objawu, mogą upoważnić do wypowiedzenia zdania, że powikłanie pewne, które przy stosowaniu środka Kocha wystąpiło, jest następstwem stosowania tego środka lub nie, jak również czy poprawę osiągniętą środkowi temu przypisać można lub nie. Po zaznaczeniu tych trudności przechodzi do rozbioru następujących pytań: a) Czy środek Kocha dziś można uważać za pewny środek dyjagnostyczny? b) Czy komplikacyje występujące podczas leczenia można uważać jako wywołane przez środek Kocha? c) Czy dotychczasowe doświadczenia upoważniają do optymistycznych wniosków co do rezultatu, jaki osiągnąć się da za pomocą środka Kocha w gruźlicy płuc.

Co do pierwszego punktu przytacza cały szereg przypadków z różnych klinik, gdzie albo chorzy niegruźliczy oddziaływali wybitnie na małe dawki niżéj 1 cntgr.. lub gdzie chorzy, u których gruzlicę skonstatowano przez badanie plwocin, mimo tego nie oddziaływali, wreszcie u chorych, u których gruźlicę płuc stanowczo rozpoznać było można z klinicznego przebiegu mimo braku prątków gruźliczych w plwocinie, środek Kocha nie wywołał żadnéj reakcyi. Mimo tylu ujemnych rezultatów nie można zdaniem prelegenta powiedzieć dziś jeszcze, że środek Kocha nie ma wartości dyjagnostycznéj; dotychczasowe doświadczenia i obserwacyje za gorączkowo robione, niedostatecznie krytycznie podawane, nie są w stanie pytania tego rozwiązać. Sam prelegent przykłada wagę do wystąpienia lokalnéj reakcyi, która w gruźlicy zewnętrznych powłok stanowczo rozstrzyga, a którą i w gruźlicy płuc wykazać można; pewne wątpliwości co do tego punktu nasuwają spostrzeżenia prof. Korczyńskiego, który zauważył wystąpienie lekkich zmian w płucach podczas ogólnéj reakcyi i u niegruźliczych. Brak reakcyi u gruźliczych w niejednym przypadku daje się wytłómaczyć powolnem stopniowaniem, jak to podnosi Lichtenstein, u których po pewnym czasie przerwy większą dawką reakcyję wywołać można. U zdrowych tylko ogólna reakcyja występowała. Reakcyja miejscowa widziana w obec Lepry jest zupełnie odmienną i o innym przebiegu. Przy ścisłym więc rozbiorze tego punktu wiele wątpliwości odpadnie i jest nadzieja, że środek Kocha z czasem powiększy ilość środków rozpoznawczych gruźlicy.

Co do drugiego pytania, to badania anatomiczne Virchowa przemawiają za możnością wywołania komplikacyi przez stosowanie środka Kocha, kliniczne spostrzeżenia również za tem przemawiają, sam również widział przypadek, w którym powikłanie powstałe podczas wstrzykiwania środka Kocha odnieść trzeba było koniecznie wprost jako następstwo tego środka. — Opowiada dokładnie historyję choroby tego przypadku i stara się udowodnić słuszność tego zapatrywania. Przytacza wreszcie i inne przypadki i przychodzi do wniosku, że środek Kocha może wywołać komplikacyje i że nawet chory, który przy badaniu pierwszem okazuje bardzo małe zmiany, po pewnym czasie leczenia środkiem Kocha okazać może zmiany znacznie rozleglejsze i że te zmiany można w niektórych przypadkach uważać za następstwo stosowania środka Kocha.

Co do ostatniego punktu to wyleczenia w klinice krakowskiéj i Rosenbacha lub nawet znacznéj poprawy nie widział,

u Gutmana zaś przypadki polepszenia widział, jak również dwa wyleczenia, czy tylko czasowego czy też stałego, przyszłość okaże. W każdym razie obserwacyje, które w dwumiesięcznych studyjach poczynił, nie przemawiają na korzyść metody Kocha, a doświadczenia dalsze ograniczyłby tylko do przypadków początkowych z dobrym stanem odżywienia. W końcu wyraża serdeczne podziękowanie prof. Rydygierowi za dozwolenie korzystania z materyjału klinicznego.

4) Kol. Schramm mówi o doświadczeniach swych z limfą Kocha. Rzecz cała ogłoszona w „Przeglądzie Lekarskim".

5) Kol. Wiczkowski przedstawił wyniki doświadczeń z limfą Kocha czynionych w szpitalu św. Zofii dzięki uprzejmości kol. Mereyńskiego. Prelegent wziął sobie za zadanie zbadać limfę Kocha 1) jako środek dyagnostyczny, 2) jako środek leczniczy, 3) jako środek ochronny przed gruźlicą. Dla odpowiedzi na pierwsze pytanie wybrał do doświadczeń czworo dzieci ze zołzowym obrzękiem gruczołów limfatycznych bez żadnych zmian w płucach, jako też ośmioro dzieci tylko z chorobami oczu na tle zołzowem. Wszystkie te dzieci bez wyjątku oddziaływały mniej lub więcej wysoko nawet do 40° C. a wstrzykiwania poczynał od 0·5 miligr. i zwolna co trzy dni zwiększał o 0·5 do 1 miligr. Miejscową oraz reakcyę zauważył tylko u jednej chorej z obrzękiem gruczołów limfatycznych a u dzieci z cierpieniami oczu występowało po reakcyi żywsze nastrzykanie spojówek. U wspomnianej chorej z obrzękiem gruczołów jeden gruczoł na szyi już po 1 miligramie zaczął się zwiększać a po czterech miligramach musiano go przeciąć. W ropie wypuszczonej nie znalazł prelegent laseczników gruźliczych. Nadto u tej chorej już po $^1/_2$ miligr. wystąpiło stłumienie po stronie lewej z tyłu u dołu z licznemi rzężeniami a po 15 miligramach wystąpiło przytłumienie z przodu po lewej u szczytu do trzeciego żebra bez objawów przysłuchowych. Jaki los tych nacieków w płucach, dalsze doświadczenia wykażą. U wszystkich tych chorych ciężar ciała po pierwszych wstrzykiwaniach obniżył się, później się zwiększał, dotychczas jednak nie doszedł do pierwotnej wysokości. W moczu prelegent białka nie znachodził, chlorki były prawidłowe, tylko stale znajdował w dniu po wstrzykiwaniach pepton w moczu, peptonuria prawdopodobnie toxica.

Co do 2). Dla leczenia wybrał prelegent dwa przypadki zapalenia opon mózgowych, dwoje dzieci z wybitną gruźlicą płuc i jedno dziecko z ropniami podskórnemi natury gruźliczej. Dzieci cierpiące na zapalenie opon mózgowych stanowczo nie nadają się według tych doświadczeń do wstrzykiwań limfy Kocha, gdyż najprawdopodobniej wstrzykiwania te przyspieszają śmierć. — U dwojga dzieci z gruźlicą płuc sprawa chorobowa szybko się rozwijała a stan dziecka z ropniami podskórnemi z początku doświadczeń znacznie się był poprawił, tylko czy to wskutek wstrzykiwań czy to przypadkowo nabawiło się zapalenia płuc ze zejściem śmiertelnem. Co do 3) Prelegent najwięcej sobie obiecuje po szczepieniach ochronnych limfą Kocha, które Kochowi posłużyły za punkt wyjścia do dalszych doświadczeń a nadto znajdują oparcie w szczepieniach ochronnych a wyprobowanych limfy ospowej. Prelegent powtarza obecnie doświadczenia Kocha w tym kierunku na królikach i świnkach morskich, z jakim zaś wynikiem, później ogłosi. Sądzi nadto, że dzieci przezeń szczepione limfą Kocha bez reakcyi miejscowej u których tło zołzowe usposabia do gruźlicy narządów wewnętrzych może, w przyszłości będą służyć za pierwszy materyał dowodzący, iż je limfa ochroniła od gruźlicy. Kwestya to zresztą tak trudna do rozstrzygnięcia, iż dopiero po dziesiątkach lat najściślejsze i najskrzętniejsze badania będą mogły ją rozjaśnić.

6). Wreszcie kol. Ziembicki w krótkości wspomina o doświadczeniach robionych w swoim oddziale w szpitalu.

Dr. Mukowicz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 lipca. Odpowiednio do uchwały Sejmu Wydział krajowy zwołuje ankietę w sprawie niedostatków zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. W skład tej ankiety, zebrać się mającej we Lwowie d. 31 b. m., wchodzą: Z nielekarzy posłowie sejmowi pp. Kozłowski i Trzecieski, z lekarzy zaś: członek Wydziału krajowego Dr. Hoszard i inspektor szpitali galicyjskich Dr. Stella Sawicki, protomedyk Dr. Merunowicz, prezes Rady sanitarnej krajowej prof. Czyżewicz, prymaryjusze lwowscy Drowie Opolski, Sawicki Edward, dyrektor zakładu kulparkowskiego Dra Neusser, z Wiednia prymaryjusz i radzca zdrowia Dr. Gauster, a z Krakowa prof. Blumenstok i docent Dr. Żuławski.

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

Z powodu, że wielu członków zbliżającego się Zjazdu przeoczyło oświadczenie, ogłoszone w Nrze 22 „Przeglądu Lekarskiego", że na listy, pisane w sprawie zamówienia mieszkań, komisyja kwaterunkowa odpowiada bezwłocznie tylko tym uczestnikom Zjazdu, których żądań załatwić nie może; Komitet gospodarczy raz jeszcze oświadcza, że członkowie, którzy już mieszkanie zamówili lub je przed 5 lipca zamówią, a odpowiedzi nie otrzymają, mają przez komitet umieszczenie poręczone. Jednocześnie komisyja kwaterunkowa oświadcza, że życzenie wielu członków, ażeby już dziś wymienić im hotel, w którym mieszkać będą, jest niewykonalne, gdyż z powodu gromadnego przejazdu przez Kraków, jaki obecnie ma miejsce, niemniej wskutek przepełnienia miasta przez osoby przybyłe na wyścigi, żaden hotel na razie nie przyjmuje zobowiązań. Członkowie Zjazdu otrzymają adresy swych mieszkań w chwili przyjazdu do Krakowa w biurze kwaterunkowem na dworcu kolejowym.

Komitet przygotowawczy VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił wydawać w czasie Zjazdu, podobnie jak to miało miejsce na Zjazdach poprzednich, „Dziennik Zjazdu".

Dziennik ten wychodzić będzie pod redakcyją Doc. Dra Grabowskiego, przy udziale wybranej Komisyi redakcyjnej i będzie bezpłatnie członkom Zjazdu rozdawanym. Oprócz informacyj dotyczących strony gospodarczej Zjazdu w Dzienniku mają się mieścić protokóły posiedzeń ogólnych i sekcyjnych, obejmujące krótkie streszczenie i przebieg dyskusyi. Streszczenia te znajdą jednak pomieszczenie tylko o tyle, o ile dostarczą ich sami wykładający, bo to jedynie będzie rękojmią ich dokładności, w przeciwnym razie, tj. w razie niedostarczenia na czas streszczenia przez wykładającego, będzie podaną tylko wiadomość, że wykład się odbył i wymienienie tych, którzy udział w dyskusyi brali; podawanie bowiem jakichkolwiek szczegółów co do dyskusyi bez poprzedniego podania streszczenia wykładu nie miałoby celu. Redakcyja uprasza zatem wszystkich kolegów, którzy wykłady zapowiedzieli, aby jak najrychlej zechcieli dostarczyć Redakcyi krótkich streszczeń zapowiedzianych wykładów, co jej zadanie niezmiernie ułatwi a nadto dozwoli, aby sami wykładający korektę przejrzeli i omyłki usunęli.

Do Dziennika przyjmowane będą ogłoszenia wszelkiego rodzaju po cenie 12 złr. za stronnicę in 4-to (wysokości 22$^1/_2$ ctm. a szerokości 18 ctm.), za pół stronnicy 6 złr., za ćwierć 3 złr. a $^1/_8$ stronnicy 1 złr. 50 ct. Prenumerata na Dziennik wynosi z przesyłką pocztową 1 złr. 50 ct. — We wszelkich sprawach dotyczących Dziennika Zjazdu należy się udawać do Doc. Dra Grabowskiego (Kraków ul. Bracka Nr. 11).

W sekcyi okulistycznej zapowiedzieli następujące dalsze wykłady:

Dr. Bolesław Wicherkiewicz: O niezwykłym przebiegu operacyi zaćmy.

Dr. Zygmunt Kramsztyk: O wypadnięciu tęczówki po operacyi zaćmy.

W sekcyi medycyny teoretycznej:

Dr. Justyn Karliński z Konjicy: Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi.

W sekcyi medycyny sądowej i higijeny zgłosił Dr. Wachholz (z Krakowa) wykład p. t.: O sposobach wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych.

W tej samej sekcyi zgłosił Dr. Polak z Warszawy: 1) Wydalanie nieczystości w Warszawie z uwzględnieniem w szczególności nowej kanalizacyi miasta.

2) Stanowisko higijeny w klasyfikacyi nauk.

3) Wiadomość o ankiecie sanitarnej mieszkań warszawskich.

W sekcyi ginekologicznéj w dalszym ciągu zgłosili odczyty:

Dr. H. Święcicki (z Poznania): O operatywnem leczeniu tyłozgięć macicy.

Tenże: O zupełnych zarośnięciach pochwy i ich operatywnem leczeniu.

Dr. T. Boryssowicz (z Warszawy): Siodełkowaty sposób odjęcia części pochwowéj macicy z demonstracyjami.

Dr. St. Kurtz (z Warszawy): O zastosowaniu tyolu w ginekologii.

W sekcyi medycyny teoretycznéj w dalszym ciągu zapowiedzieli:

Dr. Sawicki (z Grajewa w Król. Pol.): O wpływie pary alkoholu, eteru i chloroformu, oraz ciepła i światła na prądy elektryczne żywych tkanek.

Prof. A. Obrzut (z Pragi): 1) Pochodzenie istoty chromatycznéj ciałek ropnych i innych podobnych utworów komórkowych. 2) Histogeneza zwyrodnienia skrobiowatego i szklistego.

Knd med. Wł. Szymonowicz, asystent z Krakowa: Zakończenie nerwów we włosach dotykowych myszy (z demonstracyją).

J. Steinhaus, asystent z Warszawy: Wyniki poszukiwań nad wewnątrz jądrowemi i wewnątrz-komórkowemi tworami w guzach złośliwych (mięsakach i rakach).

Do sekcyi medycyny wewnętrznej zapowiedziane zostały w dalszym ciągu następujące wykłady:

Puławski. Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniami soku jądrowego (metoda Brown-Lequow).

Goldflam. 1) Przyczynek do etyologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego, 2). Kliniczny przyczynek do etyologii wiądu rdzeniowego.

Dr. Karliński 1) O pewnych formach zółtaczki gorączkowej, 2). Temat zastrzeżony.

Dr. Rajkowski. Środki wymiotowe przy leczeniu chorób zakaźnych.

Dr. Wiczkowski 1). O znaczeniu chlorków w moczu pod względem dyjagnostycznym i prognostycznym, 2) O bielicy.

Dr. Kramsztyk. O stosunku między różyczką (rubeola) i odrą; epidemia różyczki i odry w bezpośredniem po sobie następstwie.

Dr. Heryng. O stosowaniu elektrolizy w chronicznych naciekach gruźliczych krtani.

Dr. Korczyński 1). O wrodzonej wąskości układu tętnicy głównej. 2). O skrzywieniach stosu pacierzowego w przebiegu nerwobólu kulszowego i zapalenia nerwu kulszowego.

Dr. Gluziński. Dalsze spostrzeżenia nad powikłaniami ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowej.

Dr. Buzdygan i Gluziński. 1). Zachowanie się czynności żołądka w różnych postaciach niedokrewności a w szczególności w błednicy. 2). Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej.

Dr. Korczyński. Wniosek utworzenia Towarzystwa polskich internistów z odbywaniem peryodycznych Kongresów polskich internistów.

Kolej warszawsko-wiedeńska zniżyła dla członków Zjazdu cenę jazdy o połowę.

* W Krynicy do dnia 22 czerwca było gości 824, w Sczawnicy 541, w Cieplicach czeskich 2533.

* W tygodniu 24-ym (od 14—20 czerwca) było w Krakowie na 74,593 mieszkańców małżeństw 10, urodzin 47, skonów 43, z tych z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 7, z dławca i błonicy, z nieżytu żołądka i jelit po 3.

* Otrzymaliśmy list następujący z Radomia:

Zakład wodoleczniczy na stacyi klimatycznej leśnogórskiej w Nieklaniu, przy willach Hr. Platera zbudowany, obecnie w zupełności wykończonym został. Wanny ruchome ogrzewane parą, tusze deszczowe, wachlarzowe i spitzdouche, padające z ciśnieniem kilkudziesięciu metrów, wreszcie inne urządzenia wodolecznicze, wzorowane z Vöslau pod Wiedniem stwierdzają, iż będzie to pierwszorzędny zakład leczniczy, w wybornem zbudowany miejscu. Nieklań bowiem, położony tuż przy stacyi drogi Dąbrowskiej, leży na cyplu gór Św. Krzyzkich na wysokości 1500 stóp i otoczony wieńcem lasów sosnowych (500 tysięcy morgów) posiada tak malownicze położenie, iż przez turystów przezwany został pocztą Św. Krzyzką.

Z willi Hr. Platera wychodzi się wprost do lasu i dróg leśnych, ciągniących się całemi wiorstami, i do kuracyi Oertla zastosowanych. Nieklań jest od północy i wschodu zupełnie górami i lasem zasłonięty, ztąd posiada w późnéj nawet jesieni powietrze niezwykle spokojne i łagodne, a sama jego kotlina niedostępną jest dla wichrów i burz.

Zakład jest prowadzony przez Dra M. Misiewicza, byłego kierownika lecznicy dla chorych moczopłciowych w m. Łodzi.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jag. p. Fraciszek Karol Błoch z Radomyśla w Galicyi. — W Warszawie po obronie rozprawy p. t.: „Przyczynek do farmakologii fluorku jodu“ uzyskał stopień doktora medycyny redaktor Kroniki Lek. O. Hewelke.

---

* Zamiast wieńca na trumnę śp. Dra Hempla uczniowie 5-go roku wydz. lek. w Krakowie złożyli kwotę 15 złr., przeznaczając ją na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Kwotę tę przesłaliśmy na ręce p. Protomedyka Merunowicza we Lwowie.

* W pracy Dra Barącza p. t „Promienica płuc i kl. p.“ ogłoszonéj w Nrze 26 „Przegl. Lek.“ zaszły następujące pomyłki drukarskie: na str. 328 1 szpalta w. 3 od dołu zamiast: jedyny znaczny przypadek Carnalego, powinno być: jedyny znany przypadek Canalego. Również w programie odczytów na mającym się odbyć Zjeździe wydrukowano mylnie na str. 332, 2 szpalta wiersz 8 od góry: Neuna zamiast Senna.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 11 Lipca 1891. Nr. 28.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O napadzie apoplektycznym.

Przez
Prof. Dra Adamkiewicza.

Każdy nagły krwotok do istoty mózgu jest połączony z objawami chorobowemi, które z powodu gwałtowności nazywamy „napadem apoplektycznym“. Najważniejszym objawem tego napadu jest nagła utrata przytomności — obok trwałych lub przemijających porażeń.

Ponieważ zaś z nią razem znika działanie woli i wpływ na przyrząd mięśniowy, dlatego w chwili napadu organizm pada bezwładny.

Wszystkie inne objawy, występujące podczas napadu, nie są stałemi i są tylko objawami towarzyszącemi. Podczas gdy te ostatnie nauką o lokalizacyi dają się wytłomaczyć, to napad sam, t. j. utrata przytomności i połączone z nią upadnięcie chorego, przypisujemy przyczynom ogólnéj natury.

Podają, że przyczynami jego są zmiany fizyczne, które sprowadzają wylanie się krwi do istoty mózgowéj. Zdaniem badaczy dawniejszych, jak fizyka Fechnera, klinicysty Andrala, Abercrombiego, zwiększa się zawartość jamy czaszkowéj. Przestrzeń, którą zajmuje, tworzy się kosztem łatwo dających się uciskać naczyń mózgowych. I w ten sposób powstaje niedokrewność tego organu.

Ta nagła niedokrewność pozbawia mózg wszystkich funkcyj.

W najnowszym czasie Wernicke usunął to tłomaczenie napadu apoplektycznego. Jeżeli sobie przedstawimy zdaniem tego autora[1]) większe zamknięte i płynem wypełnione naczynie szklane i rurę, która z jednéj strony pozostaje pod pewnem parciem, a z drugiéj w to zamknięte naczynie wchodzi, to podobne stosunki zachodzić mają między czaszką a zamkniętem naczyniem i między tętnicami mózgowemi a rurą. Tak jak parcie rury musi się udzielić naczyniu szklanemu, jeśli wejdzie z nim w komunikacyję, tak udzielać się ma parcie, pod jakiem stoją naczynia tętnicze mózgowe, istocie mózgowéj — skoro zostaną przedarte i ich treść wleje się do czaszki.

[1]) *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.* Kassel, Berlin 1881. Bd. II. S. 23.

Drobne naczynia mózgowe pozostają pod parciem takiem samem jak w *carotis*, t. j. 150—200 mm. rtęci. W czaszce zaś jest parcie o wiele mniejsze, dochodzące do 8—10 mm. wody. Przy krwotoku mózgowym ma się więc parcie w istocie mózgu podnieść do wysokości parcia w *carotis*. A ponieważ z doświadczeń Pagenstechera i Leydena wynika, że już parcie 120 mm. Hg wynoszące wystarcza, aby drogą eksperymentalną wywołać u zwierzęcia utratę przytomności, to tembardziéj nagłe podniesienie się parcia z 8—10 mm. H_2O do 150—200 mm. HG. przy apopleksyi wystarcza, aby napad przyszedł do skutku.

Że tak jest, że nawet podwyższenie parcia nietylko półkuli zajętéj, lecz całemu mózgowi się udziela, zatem przemawiać ma, że nietylko półkula apoplektyczna, ale także, choć w mniejszym stopniu, półkula druga, a nawet części mózgowe leżące w tylnéj jamie czaszkowéj aż do rdzenia przedłużonego, podczas apopleksyi cierpią, jak to n. p. widzimy afazyję przy krwotokach nawet w półkuli prawéj, występowanie białka lub cukru nawet bez bezpośredniego zajęcia rdzenia przedłużonego.

Obok tego nagłego podniesienia się parcia w jamie czaszki z 8—10 mm. H_2O do 150—200 mm. Hg działa podczas krwotoku i drugi moment t. j. mechaniczna siła wlewającéj się krwi. Wernicke tę sprawę nazywa momentem traumatycznym i sądzi, że on jest zależnym od parcia krwi z naczyń przerwanych.

Ponieważ tedy główne naczynia dla krwotoków mózgowych, *„artère de l'hemorhagie cerébrale“* Charcota, która z naczyń podstawowych odchodzi, przebija *subst. perforata ant.* i idzie między zewnątrzną powierzchnią *corpus lenticulare*, mówiąc dokładnie między jego trzecią częścią a *capsula externa* ku górze, posiada 15 mm. w przecięciu; a tętnice kory przeciętnie 6—8 setnych jednego mm., a ponieważ parcie krwi jest liczebnikiem przekroju naczyń, to z tego wszystkiego tłomaczył Wernike fakt, że krwotoki do pnia mózgu są połączone z silniejszym insultem, aniżeli do istoty korowéj, z faktu, że krwotoki z naczyń większych pnia mózgowego większy wywołują moment traumatyczny, aniżeli te, które powstają z naczyń mniejszych. A więc krótko mówiąc, są według Wernickego dwie przyczyny, które sprawiają insult apoplektyczny: 1. Nagłe podniesienie się parcia w jamie czaszkowéj z powodu krwotoku z 0—150 i więcéj

mm. Hg i 2. Mechaniczna siła, z jaką działa krew wychodząca z przerwanego naczynia na obrażoną istotę mózgową.

Te zapatrywania nie mogą uchodzić za zgodne z rzeczywistością. Już Nothnagel [1]) powątpiewa o mechanicznéj przyczynie insultu apoplektycznego opierając się na tem, że małe krwotoki mogą wywołać insulty, a wielkie niekoniecznie wywołać muszą. Gdyby istniały przyczyny mechaniczne powstania insultu, to musiałaby być jakaś proporcyja między tym ostatnim a względnie jego wielkością a wielkością krwotoku mózgowego. Nothnagel nawet zadaje pytanie, czy przyczyną insultu nie jest przekrwienie i dochodzi do wyniku, że tę hypotezę równie niedostatecznie można udowodnić, jak Trousseana *etonnement cerebrale*, Jaksona *shok* i Jarronda *neuralysie*, i że w ogóle apopleksyja z powodu krwotoku ze względu na swoje fizyjologiczne stosunki nie jest tak wyjaśnioną, jak to często przypuszczają.

Że w rzeczy saméj ani ucisk ani uraz przy krwotoku nie są dostateczną przyczyną powstania insultu, to już na pewno wynika ztąd, że napad apoplektyczny z wszystkiemi właściwemi sobie objawami i wtedy występuje, kiedy nie ma wcale krwotoku. Tak powstaje zupełnie taki sam napad udarowy z powodu zatoru naczynia mózgowego, jak i z powodu pęknięcia tegoż, a przecież przy zatorze nie ma mowy ani o nadmiernym ucisku, ani też o innéj przyczynie mechanicznéj. Można również udowodnić niesłuszność wywodów Wernickego. Jeżeliby siła, z jaką wypływa krew z przerwanego naczynia mózgowego do tkanki mózgu, albo też „moment traumatyczny“ jak go Wernicke nazywa, były przyczyną ważną insultu i gdyby były zależne od parcia krwi w przerwanem naczyniu, w takim razie musiałyby: 1) krwotoki z równie wielkich naczyń, w któréjkolwiek by one części mózgu wystąpiły, co do insultu apoplektycznego być równéj wartości; 2) musiałoby nasilenie insultu apoplektycznego w ścisłym zostawać związku z wielkością krwotoku, można bowiem w ogóle przypuścić, że wielkość krwotoku wzrasta z wielkością broczącego naczynia — bo z parciem krwi. W końcu musiałby 3) każdy krwotok, czy on jest wielkim, czy małym, wywołać ten sam insult, gdyby zapatrywanie Wernickego było prawdziwem, że to samo parcie w *carotis* dochodzące od 150—200 Hg udziela się również drobniejszym naczyniom mózgowym.

Wszystkie te więc zapatrywania sprzeciwiają się zupełnie rzeczywistości. I sam Wernicke (§. 31) wskazuje na to, jak nie ma najmniejszéj proporcyi co do stosunku między insultem z jednéj strony, a wielkością i położeniem krwotoku. Z tego wynika, że moment traumatyczny nie może być wystarczającą przyczyną insultu.

Pozostaje nam jeszcze zbadać, jak się ma rzecz z przypuszczeniem, że główną przyczyną insultu apoplektycznego jest nagłe przeniesienie się parcia z krwawiącego naczynia na cały mózg, podniesienie parcia śródczaszkowego z 8—10 mm. H_2O na 150—200 mm. Hg w chwili krwotoku. To przypuszczenie jest zupełnie bezpodstawne.

Co się tyczy porównania Wernickego między mózgiem apoplektycznym a naczyniem zamkniętem, wypełnionem płynem i komunikującem za pomocą systemu rur, to między mózgiem a takiem naczyniem nie daje się nawet elementarne przeprowadzić porównanie.

Wernicke wprawdzie sam wskazuje na to, że mózg nie jest zupełnie płynnym i że czaszka nie jest zamkniętem naczyniem, albowiem „komunikuje z kanałem kręgowym“. Ale nie zwraca na to uwagi, że żywa istota mózgowa co do swego fizycznego zachowania nie daje się w ogóle porównać z płynem i że porównanie czaszki z zamkniętem naczyniem szklanem nie tylko że nie wyjaśnia prawdziwych stosunków, ale nawet na błędne prowadzi drogi.

Jak bowiem każdy płyn podlega temu samemu prawu, że rozprzestrzenia ucisk równomierny na wszystkie strony, to żywa masa mózgowa zupełnie inaczéj się zachowuje, albowiem znosi działający na nią ucisk i nie pozwala mu się przenieść na którekolwiekbądź miejsce, a czyni to ze względu na własność, że może się zgęścić w miejscu ucisku i w ten sposób paraliżować działanie ucisku na sąsiedztwo. Zmiany jakie wtedy występują w substancyi nerwowéj opisałem dokładnie na innem miejscu i nazwałem je kondenzacyją“.[1])

Jeżeli więc krew wylewa się z pękniętego naczynia do istoty nerwowéj, to nic innego w miejscu krwotoku się nie dzieje, jak tylko, że elementa tkaninowe najbliższego sąsiedztwa ściskają się wzajemnie i tak ustępując pozostawiają miejsce wolne dla krwi wynaczynionéj.

O przenoszeniu parcia krwi z pękniętego naczynia na całą tkankę mózgową tem mniéj mówić można, albowiem krew wynaczyniona w chwili wyjścia z naczynia traci wszelkie parcie, i jeszcze tylko działa na mocy swojéj objętości i téj siły, jaką jéj nadaje prąd krwi w chwili wylania.

A co się tyczy czaszki to nietylko, jak Wernicke sądzi, jest ona otwartą ku kanałowi kręgowemu, lecz jest kością porowatą nigdzie niezamkniętą! Tętnice, żyły i naczynia limfatyczne przechodzą przez nią tysiącznemi kanałami, a jéj *diploe* to wielki *sinus venosus*, który na wewnątrz z jamą czaszki w zupełnie wolnym pozostaje związku i wylewa swą treść na zewnątrz w wielkie żyły szyjne, zupełnie bez przeszkody.

Dlatego, jak to wykazałem[2]), nietylko nadmierna ilość płynu mózgo-rdzeniowego, lecz w ogóle każdy płyn, który w czaszce powstaje, albo też sztucznie do czaszki bywa wtłaczany, wypływa wolno do zatoki żylnéj, a ztąd do żył szyjnych, skoro tylko dojdzie do parcia krwi żylnéj. Parcie to jednak jest bardzo małe. Ono dosięga co najwyżéj 15 mm. Hg. To jest parcie, jakie w stosunkach prawidłowych istnieje w żyłach czaszkowych, a ponieważ to prawidłowe parcie żylne reguluje odpływ krwi z naczyń włosowatych i w ten sposób działa także na odpływ krwi z tętnic — to z tego można się przekonać, że to parcie normalne w żyłach czaszkowych 5—10 mm. Hg. jest główną przyczyną dla prądu tętniczego i dla odżywienia mózgu.

Podwyższenie tego ucisku żylnego jest niebezpiecznem dla odżywienia mózgu. I dlatego wystarcza płyn przez otwór trepanacyjny wtłoczyć do czaszki z parciem, które jest nieco tylko wyższe od parcia żylnego w czaszce, aby zwierzę natychmiast zabić.

Trojakie są zatem przyczyny, które jakto doświadczenie wskazuje, wywołują śmierć przy wtłaczaniu płynu do czaszki. Z porozszerzanych żył wchodzi najprzód płyn do naczyń limfatycznych a potem pod oponę pajęczą i wywołuje obrzęk mózgu (*oedema cerebri*), który poraża elementa nerwowe. (C. d. n.)

II. Z kliniki położniczéj prof. Dra Czyżewicza we Lwowie.

Kilka uwag o zaopatrywaniu resztki pępowinowéj u noworodków.

Napisał

Dr. Kazimierz Godlewski,

asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 27).

V. Emphlastrum adhaesivum.

W roku 1880 podał Dohrn [1]) nowy, oryginalny sposób zaopatrywania resztki pępowinowéj. Tak go opisuje: Po odpępnieniu dziecka zwykłym sposobem obmywa się resztkę pępowinową i okolicę pępka dokładnie $2\frac{1}{2}\%$ wodą karbolową. Następnie aseptyczną ligaturą podwiązuje się jeszcze

[1]) *Ziemssens Handbuch d. spec. Pathol. und Therapie.* I. Aufl. Bd. XI, Erste Halfte, Lpzg 2876, S. 87.

[1]) *Die Pathologie der Hirncompression. Sitzgsber. d. k. Akademie d. W. zu Wien.* Bd. 88, 1889. — [2]) *Ueber das Wesen des „Hirndrucks u. die Principien der Behandlung der sog. Hirndrucksymptome“. Sitzgsber. d. k. Akademie d. W. vom Jahre 1890.*

[1]) *Centralblatt f. Gynaekol.* Nr. 14, 1880.

raz pępowinę tuż przy samym pępku i odcina krótko tak, jak tylko można ponad tą ostatnią ligaturą. Na odciętą w ten sposób pępowinę, bardzo krótką, kładzie się czystą watę, a na to zakłada się *Empl. adhaesivum* wielkości dłoni tak, iżby zupełnie szczelnie do pępka i brzucha przylegało. Opatrunek ten zostawia się 6 dni niezmieniony; siódmego dnia zdejmuje się opatrunek. Postępowałem ściśle według tego opisu i zrobiłem 16 obserwacyj.

M. A. urodziła 19/12, pępowinę opatrzono w sposób wyżéj opisany. Dnia 26/12 zdjęto opatrunek. Pępowina oddzielona, cuchnąca, zielonkowata, wata przesiąknięta brudną, cuchnącą cieczą. Na wewnętrznej powierzchni pępka owrzodzenie, dokoła skóra silnie zaczerwieniona, miejscami przyskórek rozmiękły odstaje. Owrzodzenie obmyto wodą karbolową, posypano gipsem i założono nań watę. Zaczerwienienie ustąpiło po 24 godzinach, wrzód zagoił się dnia ósmego po zdjęciu plastra.

W następnych 15 przypadkach znajdowałem zawsze stan mniéj lub więcéj taki sam, z tą tylko różnicą, że nie we wszystkich było owrzodzenie.

Wobec tego, że wszędzie spotykałem zupełny obraz gnicia i że w połowie przypadków było owrzodzenie, zaprzestałem dalszych prób z tym opatrunkiem, obawiając się, jak sądzę, słusznie, że jeżeli pod plastrem odbywa się proces gnilny, to przez pępowinę lub też po jéj oddzieleniu się przez obnażoną powierzchnię pępka, gnilne produkty łatwo w obieg krwi dostać się mogą i dać powód do miejscowego a nawet ogólnego zakażenia. Odmiennego zdania jest Dohrn, który opierając się na swoich spostrzeżeniach, twierdzi, że nawet tam, gdzie pępowina gnije, niema obawy zakażenia, a twierdzenie swoje popiera tem, że u 28 noworodków, u których téj metody próbował, nigdy objawy zakażenia nie występowały. Mimo powagi Dohrna twierdzenie jego oparte li tylko na tem, że w jego przypadkach do zakażenia nie przyszło, nie trafia mi do przekonania. Nadto należy zauważyć i tę okoliczność, że założenie plastra jest rzeczą bardzo trudną, że z powodu ciągłéj zmiany objętości brzucha i sterczenia pępka, ustawicznie tworzą się pod plastrem wolne przestrzenie, któremi powietrze do pępowiny dochodzić może, nawet i wtedy, kiedy na jeden plaster zakłada się bezpośrednio drugi, aby ten ostatni zakrywał miejsca, przez pierwszy nie dość szczelnie zasłonięte, to jest te miejsca, od których pierwszy odstaje, że więc w ten sposób osiągnięcie celu, jaki miał autor tego opatrunku, aby odciąć zupełnie przystęp powietrza do pępowiny, jest prawie niemożliwem, a przynajmniéj bardzo trudnem. Sądzę, że ten opatrunek nie nadaje się do użycia nawet przez lekarza, a już niema mowy, aby go oddawać w ręce akuszerki, na co nawet Sänger się zgadza, mimo że w zasadzie jest za używaniem opatrunku Dohrna [1]). Credé, Weber, Runge wyrażają się o opatrunku Dohrna zupełnie niepochlebnie.

VI. Gips.

W roku 1887 zastosował Sutugin w Moskwie gips do opatrunku resztki pępowinowéj. Opatrunek robił w ten sposób, że po odpępnieniu i wykąpaniu noworodka, zawijał resztkę pępowiny w watę obsypaną sporą ilością gipsu, na którą zwyczajną opaskę zakładał. Opatrunek zmieniał 3—4 razy dziennie, obmywając po każdem zdjęciu waty resztkę pępowinową wodą wapienną.

Ja zmieniałem opatrunek tylko dwa razy dziennie. Sposobu tego używałem u 53 noworodków.

B. M. urodziła 12/10. Już po 24 godzinach pępowina cała jednostajnie sucha, cienka, po 48 godzinach czarna w całości zupełnie uschnięta. 16/10 pępowina się oddzieliła, pępek zupełnie prawidłowy. Tak, jak w tym przypadku, oddzieliła się pępowina u wszystkich noworodków, u których gipsu użyto. Oddzielanie się pępowiny pod opatrunkiem gipsowym odbywało się zrazu drogą nekrozy suchéj i trwało średnio 5 dni (4·86 dni) i tylko u 4 noworodków pojawił się grzyb pępkowy, co wynosi 7·5%.

[1]) *Centralbl. f. Gynek.* Nr. 19, 1880.

To świetne w porównaniu do innych metod działanie gipsu polega naturalnie na jego własnościach higroskopijnych. Gips odciągając znakomicie wodę, tém samém bezpośrednio wysusza pępowinę a zarazem odbiera drobnoustrojom konieczny do ich rozwoju żywioł. Dlatego też Cholmogorow w pępowinach gipsem zaopatrywanych najmniéj znajdował bakteryj.

VII. Acid. salicylicum et amylum w stosunku 1 : 5.

Mięszanki téj używał Fehling z bardzo dobrym rezultatem, a następnie Sänger. Opatrunek robi się tak samo jak z gipsem. Proszku tego użyto u 22 noworodków. U wszystkich pępowina oddzieliła się za pomocą nekrozy suchéj w przeciągu 4 dni, a owrzodzenie wydarzyło się 4 razy, czyli w 18·1% przypadków.

VIII. Acid. boricum et amylum w stosunku 1 : 3.

Środka tego używaliśmy tak samo jak dwóch poprzednich proszków, jednak z gorszym rezultatem.

S. F. urodziła 28/11, w 24 godzin późniéj pępowina blada, cienka w długości ½ cm., przy pępku gruba, twarda, biała. 1/12 pępowina z wyjątkiem małego kawałeczka przy samym pępku jednostajnie uschnięta, 3/12 i ten kawałeczek uschnięty, 5/12 pępowina się oddzieliła. Jak z tego przedstawienia wynika, pępowina oddzieliła się drogą suchéj nekrozy. W taki sam sposób odpadła pępowina w następnych 43 przypadkach, u dwóch tylko noworodków, kwasem borowym zaopatrywanych, oddzielanie się pępowiny odbyło się drogą nekrozy gnilnéj. Obserwacyj zrobiono 46. Owrzodzenie wydarzyło się 9 razy, co daje 18·7%. Usychanie pępowiny pod proszkiem kwasu borowego odbywało się znacznie powolniéj niż pod gipsem lub kwasem salicylowym, a pępowina do oddzielenia się potrzebowała średnio 6 dni.

IX. Magnesia carbonica.

Widząc, że przecież najlepiéj usecha pępowina zaopatrywana proszkami, próbowałem daléj węglanu magnowego na ten cel, jako środka bardzo higroskopijnego. Pępowinę zawijałem w watę, obsypaną gęsto proszkiem magnezyi, na to zakładałem zwyczajny płócienny napępnik i 2 razy dziennie opatrunek zmieniałem. Zrobiłem 40 obserwacyj. Pępowina oddzielała się w przeważnéj ilości przypadków sucho, tylko u 6 noworodków odpadła przez nekrozę gnilną, usechanie odbywało się o wiele powolniéj niż pod gipsem; czas potrzebny do odpadnięcia pępowiny był dłuższym niż przy gipsie, mianowicie 6·2 dni, a choroby pępka wydarzyły się 10 razy, to jest u 25% noworodków. Środek ten więc z pomiędzy proszków okazał się najmniéj skutecznym.

X. Opatrunek Epsteina.

W roku 1888 podał Epstein [1]) nowy sposób opatrywania resztki pępowinowéj, oparty głównie na téj zasadzie, aby z jednéj strony przystęp powietrza był łatwym, a z drugiéj strony, aby pępowinę od ucisku i pociągania ubezpieczyć. W tym celu zrobił opaskę czworograniastą, mającą w jednem miejscu jakby czapeczkę, w którą właśnie resztka pępowinowa wchodzi. Sposób użycia jest bardzo prosty, gdyż ją się zakłada tak, jak zwyczajny napępnik, byle tylko pępowina leżała w téj czapeczce. Opatrunku tego używałem u 50 noworodków.

M. K. urodziła 18/2; 20/2 pępowina z wyjątkiem cząstki przypępkowéj ½ cm. długiéj uschnięta, czarna i sucha, cząstka przypępkowa żółtawo biała, wilgotna, cząstka ta stała się późniéj bronzowawą, cienką, ale nie uschła i pępowina oddzieliła się 24/2 za pomocą nekrozy wilgotnéj.

W taki sam sposób oddzielała się pępowina u następnych 49 noworodków, z tą tylko różnicą, że u 28 z nich pojawił się *Ulcus umb.* lub *Sarcomphalos,* co wynosi 56%. Wyniki więc tym opatrunkiem otrzymane nie są zachęcające i podnieść muszę, że użycie tego sposobu jest wcale ko-

[1]) *Medic. Wander-Vorträge.* Heft 3. *Ueber antisept. Massnahmen in der Hygiene des neugeb. Kindes.*

sztowne, nawet wtedy, gdy się opaski wyrabia w zakładzie (jedna opaska kosztuje około 50 cnt.).

Z opisanych powyżéj doświadczeń wynika, że pomiędzy nieprawidłowym sposobem oddzielania się pępowiny a pomiędzy chorobami pępka w pierwszych dniach życia noworodka bardzo ścisły istnieje związek; gdyż tam, gdzie pępowina prawidłowo usechała i odpadała, choroby pępka pojawiały się bardzo rzadko; przeciwnie gdzie usechanie pępka było niedokładne, gdzie przychodziło do gnicia, chociażby tylko małego kawałeczka resztki pępowinowéj, tam bardzo często już w czasie oddzielania się pępowiny występowały w pępku lub naokoło pępka zmiany chorobowe w postaci zaczerwienienia skóry i wydzielania się cieczy wypocinowéj i rozmiękanie przyskórka, a po oddzieleniu się pępowiny powstawały bądź owrzodzenia, bądźto grzyby, a niekiedy nawet zapalenie żył pępkowych.

Z zestawienia powyższego widać atoli i to, że gdy przy jednych opatrunkach pępowina oddzielała się zawsze prawidłowo, przy innych albo zawsze, albo w wielkiéj przynajmniéj części oddzielanie się resztki pępowinowéj odbywało się w sposób patologiczny, to jest, że sam sposób opatrywania wpływa niewątpliwie i to w różnym stopniu na powstawanie chorób pępka.

Wprawdzie prawidłowe usechanie i oddzielanie się pępowiny zależnem jest także od innych warunków, a mianowicie od czystości, od delikatnego obchodzenia się z resztką pępowinową, od prawidłowego lub nieprawidłowego połogu matki, ogólnego stanu zdrowia noworodka, wreszcie od warunków hygienicznych zakładu, których brak może mimo najlepszego opatrunku sprowadzić gnicie pępowiny, a następnie choroby pępka; przy równych jednak warunkach, zawsze jedne opatrunki dają nam lepsze, inne gorsze rezultaty, zawsze jedne są w stanie więcéj zabezpieczyć pępowinę od szkodliwych wpływów a inne mniéj. Najlepszym tego dowodem, że u nas wśród tych samych warunków, w tym samym czasie przy jednych opatrunkach pępowina prawie zawsze oddzielała się prawidłowo, przy drugich nigdy. Skoro więc wpływu opatrunku na sposób oddzielania się pępowiny zaprzeczyć nie można, a choroby pępka, zostające bardzo często w związku z nieprawidłowościami w oddzielaniu się pępowiny, dla ustroju noworodka obojętnemi nie są, to naszém jest zadaniem starać się o wyszukanie takiego opatrunku, którysby możliwie najwięcéj odpowiadał wymogom dla prawidłowego oddzielania się pępowiny koniecznym, to jest opatrunku, któryby najpewniéj resztkę pępowinową od jej szkodliwych wpływów zabezpieczył.

Tym wymaganiom, jak z poczynionych doświadczeń wynika, proszki higroskopijne, a na ich czele gips palony, najlepiéj zadość czynią. Pod ich wpływem pępowina najlepiéj usecha, w najkrótszym czasie odpada, a choroby pępka pojawiają się najrzadziéj; pod każdym jednak względem gips przewyższa znacznie swoją wartością inne.

Korzystne działanie tych proszków wynika po pierwsze ztąd, że bezpośrednio okrywają pępowinę, a powtóre, że zabierając wodę przeszkadzają rozwojowi bakteryj.

Wszystkie inne sposoby opatrywania resztki pępowinowéj pod względem swojéj wartości stoją o wiele niżéj, a najgorsze rezultaty dają oryginalne opatrunki Epsteina i Dohrna a szczególnie gaza jodoformowa. Dlaczego ta ostatnia tak fatalnie wpływa na oddzielanie się pępowiny, dlaczego pod nią zawsze pępowina gnije, trudno powiedzieć; zdaje się, że jej wilgotność wpływa dużo silniéj na pępowinę, aniżeli jéj antyseptyczne własności na bakteryje w pępowinowéj krwi się znajdujące.

Z całego szeregu obserwacyj przyszliśmy więc do tego przekonania, że bezwarunkowo opatrunek gipsowy jest z dotychczas znanych opatrunków najlepszym, a jego własności i prostota w użyciu zachęcają do rozpowszechnienia go.

My w zakładzie tutejszym używamy obecnie li tylko gipsu i cieszymy się najlepszemi rezultatami.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Cohen: Ciężka krwawiączka wyleczona za pomocą hypnozy.

Historyja choroby, którą autor podaje, obejmuje czas wynoszący lat 25. Jest to ciekawy przypadek, w którym najróżniejsze przypady nerwowe łączyły się z objawami bardzo ciężkiéj krwawiączki (*haemophilia*). U choréj, która krwawiła z najróżniejszych części ciała i która czasem miesiącami traciła codziennie około 500 gramów krwi, która równocześnie przez wymioty i biegunkę traciła codziennie około 4 litrów cieczy, która przytem prawie ciągle gorączkowała i skutkiem tego bardzo podupadała na siłach, nastąpiła po galwanizacyi ogólnéj i wstrzykiwaniach pilokarpiny pewna poprawa. Poprawa ta jednak trwała tylko krótki czas, a potem stan się znów pogorszył. Chorą zahypnotyzowano i za pomocą suggestyi udało się podnieść ilość moczu, która dotąd na dobę wynosiła około 100 grm. na 4 do 5 litrów i równocześnie z tem znikły wymioty, biegunka i skłonność do krwotoków. (*Zeitschr. f. kl. Med.* p. 182, 1890).

Dr. Süsskind.

Toksykologija.

Petruschky: Wpływ chloroformu i innych trucizn na alkaliczność soków ustrojowych.

Behring spostrzegł przed kilku laty, że chloroformowanie zwierząt mających służyć do szczepień bakteryjologicznych zmniejsza oddziaływanie alkaliczne krwi i z tego powodu osłabia ich odporność wobec mikroorganizmów. Spostrzeżenie to dało pochop autorowi do badań, czy okoliczności powyższéj nie możnaby zużytkować w celu wykazania zatrucia chloroformowego. Rzeczywiście doświadczenia wykonane na kotach stwierdziły przypuszczenia autora. Jeżeli się kota zachloroformuje na śmierć, to można się przekonać, że płyn znajdujący się w jamie brzusznéj, w worku osierdziowym, krew płynna i sok z tkanek nie oddziaływają jak zazwyczaj słabo alkalicznie, lecz okazują reakcyję wyraźnie kwaśną. U królików, morskich świnek i myszy, które szybciéj ulegają działaniu chloroformu, bezpośrednio po śmierci płyny oddziaływają alkalicznie, jednakże po wystudzeniu zwłok reakcyja staje się kwaśną. Jeżeli u zwierzęcia zabitego przez chloroformowanie bezpośrednio po śmierci weźmiemy trochę krwi jeszcze ciepłéj, to ona krzepnie, lecz zachowuje reakcyję słabo alkaliczną, krew zaś pozostała w zwłokach traci oddziaływanie alkaliczne. Właściwe wytwarzanie kwasu musi się zatem odbywać w tkankach samych i z tych przechodzi do soków, co potwierdza jeszcze ta okoliczność, że dodanie chloroformu do wypuszczonéj krwi (lub innych płynów zwierzęcych) nie wpływa na reakcyję. Prawdopodobnie wytwarza się kwas w całym organizmie, gdyż spotykamy go wszędzie pomimo braku krążenia. Zakwaszenie płynów pod wpływem chloroformu jest ostatnią funkcyją życiową komórek. Że za życia występuje tylko obniżenie alkaliczności a nie zakwaszenie, tłomaczy autor zdolnością ustroju żywego zobojętniania wytwarzanych kwasów, jak to n. p. odbywa się z kwasami powstającemi przy stanie czynnym mięśni i kory mózgowéj. Podobnie jak chloroform działa, jak się P. przekonał, arsen, eter, sinek potasu i kwas szczawiowy. Autor radzi badać alkaliczność płynów ustrojowych przy sekcyjach sądowych. (*Deut. med. Woch.* Nr. 20, 1891).

Dr. Beck.

Choroby wewnętrzne.

Pins (Wiedeń). **O rzadkim dźwięcznym szmerze sercowym.**

P. opisuje rzadki szmer sercowy, obserwowany u chorego liczącego lat 21, który przebył w 8-mym roku życia jakąś gorączkową słabość; choroby téj wszakże bliżéj sobie nie przypomina. Od tego czasu cierpi na zawroty i bóle głowy, bicie serca, duszność, doznaje bólów w okolicy serca; objawy te występują wybitniéj przy energiczniejszych ruchach, chodzeniu pod górę i t. d. Od czasu do czasu miewa napady duszności występujące szczególnie w nocy tak, iż chory zmuszony jest siedząco sypiać. Badanie wykazuje sinicę, oddech przyspieszony, powierzchowny, tętno słabe, żyły szyjne silnie wypełnione. Serce w osi podłużnéj powiększone od 3-go do 6-go międzyżebrza, tony serca prawidłowe, tylko nad mostkiem dźwięczny szmer, towarzyszący już to pierwszemu, już to drugiemu tonowi nad tętnicą główną. Szmer ten słyszalny również nad tętnicami szyjnemi jak i na plecach między łopatkami, najwyraźniejszy zaś w dołku nadobojczykowym lewym, gdzie nawet wyczuć się daje palcem właściwe tarcie. Prawa żyła szyjna silnie wypełniona, wybitnie falująca. Wśród wdechu szmer staje się mocniejszym, więcéj dźwięcznym tak, iż nawet o 2 kroki może być słyszalnym. Przy otwarciu ust szmer również staje się silniejszym. Badanie krtani i tchawicy podjęte przez prof. Stoerka wypadło ujemnie. W ciągu 5 lat objawy powyższe nieco się zmniejszyły, sinica znikła zupełnie, szmer między łopatkami niesłyszalny, nad tętnicą główną i tętnicami dogłowowemi słabiéj, w dołku nadobojczykowym słyszalny jak dawniéj, również przy otwarciu ust lepiéj i wśród wdechu. Objawy podmiotowe zmniejszyły się również. Duszność pojawia się tylko wśród energicznych ruchów, bicie serca występuje rzadko i to wśród ruchów, wyjątkowo tylko podczas snu. Natomiast doznaje chory bólów po lewéj stronie klatki piersiowéj, które rozszerzają się w lewem ramieniu.

Z powyższych objawów wnosi P., iż chory przebył w 8 roku życia *mediastinitis* lub *pericarditis externa*, w następstwie czego przyszło do zrostów między wielkiemi naczyniami a opłucną ścienną, lub pomiędzy łukiem tętnicy główném a tchawicą w okolicy rozdzielenia się téjże. Zrosty te przez silniejsze ruchy płuc napinane, a przez prąd krwi w pobliżu przepływający w silne drganie wprawiane, miały wywoływać ton, który P. nazywa tonem dźwięcznym powstającym w *mediastinum*. Że zaś przy otwarciu ust ton stawał się silniejszym i lepiéj słyszalnym, tłomaczy bliskością tchawicy, która prawdopodobnie w okolicy rozdzielenia się objętą była zrostami. Podobnie i tętnica główna musiała być dotkniętą zrostami, świadczyło o tem znikanie tętna w tętnicy sprychowéj wśród wdechu (*Pulsus paradoxus*). Tarcie w dołku nadobojczykowym, oraz bóle rozpromieniające się w lewem ramieniu, tłomaczy również obecnością zrostów naokoło tętnicy i żyły podobojczykowéj. Polepszenie zaś z biegiem czasu powstałe, polegać ma na rozluźnieniu i wydłużeniu zrostów, przez co ruchy oddechowe i krążenie poprawiły się. (*Wiener Medizinische Wochenschrift* Nr. 42. 1890).

Dr. Paleczny.

Choroby nerwowe.

Prof. Jaksch: **Przyczynek kliniczny do znajomości tężyczki.**

Autor spostrzegał 41 przypadków tężyczki (*tetania*) w przeciągu 4 lat (36 u mężczyzn 5 u kobiet). Choroba ta występuje najczęściéj u młodych mężczyzn między 17 a 18 rokiem życia; u kobiet, u których choroba ta wogóle rzadziéj się pojawia, występuje ona także w wieku późniejszym do 47 roku. Dziedziczność jak i przebycie chorób innych nawet zakaźnych nie odgrywają w powstawaniu jéj żadnéj roli.

Charakterystyczne napady kurczów tonicznych co do siły, czasu trwania i częstości powtarzania się, mogą być bardzo różne. W niektórych przypadkach, które niewątpliwie należą do tężyczki, mogą kurcze zupełnie nie występować. Kurcze albo występują nagle bez wszelkich zwiastunów, albo poprzedzają takowe zawrót i ból głowy, czasem dreszcze, wymioty i pewne nieprzyjemne uczucia w kończynach. Jakkolwiek najczęściéj zajęte są podczas napadu kurczowego kończyny górne, to przecież dość często obok tychże zajęte bywają i kończyny dolne. Na kończynach górnych występują kurcze w zginaczach, na dolnych w mięśniach wyprostnych. Kurcze te trwają kilka minut, ale także całe godziny, a nawet i dni. Czasem są zajęte podczas napadu mięśnie żwacze i język, który staje się ciężkim i okazuje drgania włókienkowe. Prawie zawsze obok tych zaburzeń motorycznych istnieją i zaburzenia w czuciu: silne strzelające bóle i tu i owdzie upośledzenie czucia dotykowego. Objaw Trousseau (sztuczne wywołanie kurczów za pomocą uciskania pni nerwowych lub tętnic) prawie zawsze można wykazać. Jeszcze ważniejszym aniżeli objaw Trousseau jest t. z. objaw twarzowy (wygórowana pobudliwość mechaniczna nerwu twarzowego i jego gałęzi). Ten objaw zdaniem autora wystarcza do rozpoznania tężyczki, choć brak objawu Trousseau a nawet i kurczów. Co się tyczy odruchów skórnych i ścięgnistych, to znalazł autor takowe prawidłowemi, wyjąwszy 2 przypadki, w których nie było odruchów kolanowych.

Przebieg choroby jest następujący. Najprzód ustają kurcze mimowolne, potem znika objaw Trousseau, a na samym końcu objaw twarzowy i dopiero wtedy można uważać chorego za wyleczonego. Recydywa wystąpiła w połowie przypadków i to w różnym czasie, już po upływie tygodnia, ale i po upływie 2 lat.

Bardzo starannie badał autor u swoich chorych zachowanie się ciepłoty i na podstawie takowéj rozróżnia 3 odrębne postacie tężyczki. W większéj liczbie przypadków istnieje w początku choroby gorączka z typem zwalniającym, po któréj następuje opadnięcie ciepłoty poniżéj stanu prawidłowego. Te właśnie przypadki, które rozpoczynają się od gorączki, czynią wrażenie choroby zakaźnéj i tę to postać nazywa autor ostrą recydywującą. Druga postać, w któréj brak gorączki, która ma przebieg atypowy i trwa długo, jest t. z. tężyczka przewlekła. Wreszcie jako trzecią postać rozróżnia autor tę tężyczkę, która nie występuje jako samoistna choroba, lecz w przebiegu ciężkich chorób mózgu i wtedy podobnie jak *athetosis* uważać ją należy za objaw podrażnienia mózgu (*Zeitsch. f. kl. Med.* 1890).

Dr. Süsskind.

Choroby weneryczne i skórne.

Bronson (New-York): **O leczeniu kiły pierwotnéj środkami swoistemi.**

B., według którego wrzód pierwotny jest tylko objawem miejscowym, twierdzi, że obecnie nie można jeszcze rozstrzygnąć pytania, czy należy leczyć kiłę w pierwszym jéj okresie, przed wystąpieniem objawów wtórorzędnych, środkami swoistemi; z jednéj strony trudno jest, opierając się tylko na teoretycznem rozumowaniu, odpowiedzieć na powyższe pytanie, z drugiéj zaś strony wyniki wycięcia wrzodu stwardniałego są dotychczas dwuznaczne, pozostaje więc czekać na dalsze doświadczenia w tym kierunku. Na podstawie własnych badań przychodzi do wniosku, że przeciw wrzodowi twardemu wskazane jest miejscowe leczenie swoiste a jako takie poleca B. następujące: wstrzykiwania sublimatu (1 : 100) w okolicę gruczołów pierwotnie zajętych lub wcierania mydła rtęciowego. Taylor podobnie jak B. uważa kiłę pierwotną za chorobę miejscową, tylko czyni uwagę, że nie można niestety powstrzymać jadu w jego pochodzie. W dyskusyi nad tym przedmiotem porównywa Jacobi kiłę z błonicą, która już to pozostaje chorobą lokalną, już też sprowadza zakażenie ogólne. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Atkinson (Baltimore): **Badanie kliniczne nad różą u dzieci.**

W pierwszych miesiącach życia prognoza jest w róży nadzwyczaj niepomyślną, ku końcowi pierwszego roku śmiertelność staje się mniejszą. Niepomyślny przebieg choroby w tym okresie należy prawdopodobnie odnieść do jéj związku z gorączką połogową. A. opisuje trzy przypadki róży u małych dzieci. W dwojga z nich tkanki zajęte były jak deska twarde, jako następstwo bardzo znacznego obrzmienia

i nacieku; w żadnym z tych przypadków nie przyszło do ropienia. Według zdania autora należy uważać różę jako wyraz działania kilku specyficznych przyczyn i jako zapalenie objawowe. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* Rocznik XX).

Boeck: **Przyczynek do leczenia wyprysku u dzieci.**

B. poleca w bardzo uporczywych sączących wypryskach u dzieci już przedtem używane rozczyny azotanu srebrowego 1 : 500 do 1 : 400. Rozczynów tych używa się w postaci okładów przez parę godzin rano i przez kilka godzin wieczorem, podczas gdy przez resztę dnia jakoteż przez noc stosuje się maść ołowiową n. p. *Unguent. vaselini plumb.* Na końcu leczenia wystarcza puder. W cięższych zaś przypadkach koniecznem jest jako leczenie następowe używanie maści dziegciowéj i ołowiowéj. Także w mocno sączących wypryskach u dorosłych może być leczenie takie uwieńczone bardzo pomyślnym skutkiem. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

Krafft-Ebing (Wiedeń). **O leczeniu chorób umysłowych.**

W leczeniu chorób umysłowych nastąpił stanowczy zwrot dopiero w ostatniem stuleciu. Jak przedtem się na nie zapatrywano, dość wspomnieć, że nieszczęśliwych umysłowo chorych uważano za wyrzutków społeczeństwa, chorobę ich za nieuleczną i według tego postępowano, mieszcząc ich w więzieniach między zbrodniarzami. Leczenie ówczesne li tylko uwzględniało objawy. I tak starano się wyleczyć dotkniętego pomięszaniem w ten sposób, że wyśmiewano jego kombinacyje, przedstawiając je jako bezsensowe; w macinnicy, objawiającéj się np. uczuciem żaby w żołądku, choréj pewnego poranku pokazano żabę wrzekomo z żołądka wydobytą, co naturalnie nie odniosło skutku, gdyż chora po kilku dniach znów się skarżyła na żabę w żołądku tłomacząc sobie, że żaba wyjęta zostawiła przecież jajka, z których się młoda wylęgła i t. p. Na początku tego stulecia, kiedy psychijatryja pewne postępy czynić poczęła, rozpoczęła się polemika, czy w chorobach umysłowych należy leczyć ciało, czy duszę. Somatycy wyśmiewali spirytualistów, a ci znów tamtych, że „bańkami, emetykiem i lewatywami“ leczą duszę. Dziś doszliśmy do przekonania, że należy leczyć jedno i drugie: ciało środkami aptecznemi, duszę psychicznie.

Najważniejszym czynnikiem jest zapobieganie. Statystyka poucza, że około 60% umysłowo chorych dziedziczy chorobę od przodków, staraniem więc naszem być winno, przestrzegać ludzi przed nadużywaniem napojów wyskokowych, polecać ostrożność w wyborze małżonków, a szczególnie baczną zwrócić uwagę na szkoły, a w ogólności na wykształcenie moralne i umysłowe. Ważną dla lekarza jest kwestyja: czy i kiedy wolno zawrzeć związek małżeński takiemu, który albo sam kiedyś przebył chorobę umysłową lub pochodzi z rodziny, w któréj choroby umysłowe wykazać się dają? Odpowiedź jest możebna tylko po dokładnem zbadaniu przypadku. I tak: gdy ktoś przed laty przebywał chorobę umysłową, a przytem jest potomkiem rodziny zwyrodniałéj, w któréj macinnica, neurastenia, szaleństwo, osłabienie nerwów lub samobójstwo są na porządku dziennym, to przypuścić należy, że zdrowego potomstwa mieć nie będzie. Zupełnie inaczéj rzecz się ma, gdy u tegoż przebyta choroba umysłowa była tylko przypadkową. Np. człowiek umysłowo nadmiernie pracujący dostaje zapalenia płuc, duru, a w okresie ozdrowienia napadu szału lub obłędu. Po pewnym czasie wyzdrowieje, a ponieważ choroba przebyta była wynikiem przypadkowego zbiegu niekorzystnych okoliczności, wszelkie jest prawdopodobieństwo, że człowiek ten choroby na potomków nie przeniesie. Najczęściéj wszelako naszem polem działania zapobiegawczego jest już rodzina. Pamiętając o tem, że choroba sama nie zostaje wprost przeniesiona, lecz tylko usposobienie (predyspozycyja), zadaniem będzie dzieci takiéj rodziny już od pierwszéj młodości wzmacniać umysłowo i cieleśnie, usuwać od nich i zapobiegać wszelkim czynnikom, któreby chorobę przywieść mogły, a przedewszystkiem zwrócić uwagę na życie płciowe i przyszły zawód. Chłopców nie należy posyłać do gimnazyjów, gdzie nadmierne wymagania mogą chorobę wywołać, lecz należy im wskazać zawód techniczny lub obywatelski. U dziewcząt uważać, aby nie wychodziły za mąż przed dojrzałością płciową, jak się to dość często zdarza, że dopiero w małżeństwie dostają miesiączki, a co zatem idzie, w pierwszym pologu napadu szału.

W leczeniu właściwem trzeba indywidualizować. Mamy tu bowiem do czynienia nietylko z chorobą narządu (mózgu), lecz i z chorobliwem usposobieniem, czyli z chorem indywiduum, a nie z chorobą, i nigdy nie leczymy zadumy ani szału, lecz osobę z zadumą lub szałem. Szczęściem nigdy choroby umysłowe nie zjawiają się nagle, lecz mają krótszy lub dłuższy okres wylęgania, a właśnie w tym okresie interwencyja lekarza jest najskuteczniejsza i najwdzięczniejsza. Często jednak zdarza się niestety, że lekarz choroby zaraz nie rozpozna, długiego na to potrzebuje czasu, aż zwykle kiedy już zapóźno, zmienia dawniejsze rozpoznanie „nerwy“, „nieszczęśliwa miłość“, na „melancholiję“ lub „dementia paralytica“. W tym okresie często przez niestosowne rady sprowadza się wybuch choroby. Dziewczynę np. okazującą pewne objawy chorobowe, jak stronienie od ludzi, smutek i zamyślenie, prowadzi się na bale, do teatrów, a gdy to nie pomoże, wzywa się lekarza, który naturalnie radzi wydać ją rychło za mąż. Niedługo potem dostaje się ona do zakładu dla obłąkanych. Pierwéj a jeszcze i teraz uważają niektórzy choroby umysłowe za powolne zapalenie mózgu i leczą je: pijawkami, jalapą i emetykiem, częstemi tuszami na głowę i głodzeniem. I często się zdarza, że po takiéj *medicina crudelis psychiatrica* chory się uspokoi, ale jestto spokój cmentarza. Jeżeli i dziś choremu niewiele zapewne pomódz możemy, to przynajmniéj działamy w przekonaniu, żeśmy mu nie zaszkodzili i że koimy jego cierpienia. Pierwszą rzeczą jest usunąć chorego od warunków, które chorobę wywołały, najlepiéj wysłać go na wieś, lub też do zakładu wodoleczniczego, gdzie jednak wystrzegać się trzeba zbyt silnych procedur (tuszów i t. d.). Pożywienie ma być dostateczne, nie drażniące, zakazać należy większéj ilości alkoholików i używania silnego tytoniu. Daléj należy przywrócić choremu sen, lecz nie przez karmienie go wodnikiem chloralu przez dłuższy czas jak się to praktykuje, ale w sposób łagodny: przez zawijania priessnicowskie, letnie kąpiele, prąd galwaniczny (przez głowę), a dopiero gdy to nie pomoże, uciec się należy czasowo do sulfonalu, paraldehydu i wodnika amylenu. Ważną jest rzeczą uregulować krążenie w mózgu, który zwykle jest przekrwiony porażeniem. Osiągnąć się to da przez zimne okłady, przyrząd Leitera, gorczycę, kąpiele letnie lub nożne. Obok tego należy stosować leczenie psychiczne, lecz nie za pomocą surowych kazań i postępowania odpychającego lub zbyt energicznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

III. Posiedzenie z d. 21 lutego 1891 r.

Przewodniczący kol. Smutny. — Obecnych członków 31

1) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą z rozległą ichtyozą.

2) Kol. Opolski opisuje wyniki z dalszych swych doświadczeń z limfą Kocha. Rzecz cała będzie ogłoszoną.

3) Kol. Świątkiewicz mówi o działaniu limfy w chorobach skóry na podstawie doświadczeń w szpitalu powszechnym. Wykład ogłoszony w „Przeglądzie Lekarskim“.

4) Nastąpiła dyskusyja nad wszystkiemi poprzedniemi wykładami o metodzie Kocha.

Pierwszy Kol. Feigel przemawia za tem, by doświadczeń jeszcze nie zaprzestawać.

Kol. Szpilman przychodzi do przekonania, że środek ten wywołując i w innych chorobach reakcyję, a nie dając jéj często u gruźliczych wartości dyjagnostycznéj nie ma. Co do leczniczéj wartości, to jak badania anatomiczne wykazały, wywołuje on silne zapalenie mogące rozprowadzić prątki po całym organizmie — do nekrozy jednak tkanki gruźliczéj, jak Koch twierdził, nie prowadzi. Również trudno pojąć, aby środek tak silnie trujący a nie mający siły zabijania prątków mógł organizm na chorobę czynić odpornym. Wreszcie dotychczas składu chemicznego limfy nie znamy, wobec tego dozowanie jest niepewnem — tak, że jeśli nie zaprzestać, to przynajmniéj bardzo ostrożnym być trzeba w doświadczeniach.

Kol. Wehr. Na mocy liczněj już kazuistyki z dotychczasowych doświadczeń i spostrzeżeń nie mógłbym podzielać zapatrywań kol. Szpilmanna, jakoby limfa Kocha nie miała ani wartości dyjagnostycznéj ani leczniczéj a tylko szkodę organizmowi przynosiła przez to, że rozprowadza prątki gruźlicze po organizmie.

Co do wartości dyjagnostycznéj bowiem, to uważać musimy już dziś za rzecz dowiedzioną, że płyn Kocha działa de regula swoiście na tkanki gruźlicą dotknięte. Że w wyjątkowych przypadkach (zaledwie w kilku %) oddziaływania nie było, lub że oddziaływanie miało miejsce w innych chorobach, niczego jeszcze nie dowodzi. W pierwszym razie mógł zajść błąd w technice, lub jakości limfy, w drugim nie mamy bynajmniéj pewności, czy ów organizm nie był gruźliczym, a nadto nie wiemy prawie nic jeszcze, o ile inne choroby usposabiają organizm do łatwiejszéj reakcyi.

Co do własności leczniczych środka Kocha, to każdy z nas, który bez uprzedzenia obserwował choć kilka przypadków owrzodzeń gruźliczych skóry lub błon śluzowych, mógł się przekonać, że w jednym lub drugim przypadku po wstrzykiwaniach i po przejściu reakcyi wrzód na błonie śluzowéj się oczyszczał i zabliźniał prędzéj aniżeli pod wpływem jakiegobądź ze znanych nam środków. To samo miało miejsce na skórze, gdzie najczęściéj pod strupem następowało zabliźnienie.

Uwzględniwszy przytem kazuistykę z różnych zakładów, dojść musimy do wniosku, że lupus, owrzodzenia gruźlicze skóry i błon śluzowych u pewnego procentu chorych zabliźniały się wyłącznie pod wpływem injekcyi w sposób opisany przez Kocha. To są fakta, których ignorować nam nie wolno.

Że środek Kocha, jak się go dziś stosuje, nie chroni od recydyw, co więcej, że po największéj części około wytworzonych blizn tworzą się po pewnym czasie nowe ogniska gruźlicze, tak iż do dziś dnia nie ma być ani jednego na pewno wyleczonego przypadku gruźlicy, bynajmniéj nie dowodzi, abyśmy drogą dalszych badań nie byli w stanie poznać warunków, w jakich te recydywy nie mają miejsca lub środków, któreby im zapobiegały.

Nie należy nam zapominać, że znajdujemy się dopiero w okresie „doświadczeń i obserwacyj“ z nowym b. silnie na organizm działającym środkiem, a sam Koch przyznaje, że ogłosił swe odkrycie wcześniéj niż zamierzał, a na wiele jeszcze ważnych pytań nie może dać odpowiedzi.

Reakcyja i pessymizm jaki obecnie zapanował w świecie lekarskim i nielekarskim w sprawie odkrycia Kocha po przemówieniu i demonstracyjach Virchowa w dniu 7/I b. r. dowodzi tylko zdaniem mojem braku zmysłu krytycznego w ocenieniu danych faktów, który tak samo jak przed (!) i po ogłoszeniu odkrycia Kocha wywołał bezmyślny niemal entuzyjazm, tak obecnie sprowadził niezem jeszcze nie usprawiedliwiony popłoch. Bo, że ludzie umierają na zmiany rozpadowe gruźlicze w płucach pomimo injekcyj Kocha, rozumieć się powinno samo przez się; że u ludzi z podobnemi zmianami może każdego czasu nastąpić generalizacyja, t. j. ogólna prosówkowa gruźlica w różnych organach, to powinno nam być wiadomem; że generalizacyja w takich razach łatwiéj jeszcze może mieć miejsce po injekcyjach płynu Kocha, temu zaprzeczać nie możemy.

Jednak również nie służy nam prawo wymagać od téj metody więcéj niż sam Koch, który mówi: „*Es ist nur im Stande, lebendes tuberculöses Gewebe zu beeinflüssen; auf bereits todtes... wirkt es nicht... Gerade diese Eigenschaft des Mittels ist sorgfältig zu beachten, wenn man die Heilwirkung desselben richtig ausnützen will*“.

Że daléj wskutek injekcyi płynu Kocha może i bezpośrednio śmierć nastąpić, n. p. w gruźlicy opon mózgowych na podstawie czaszki, to było do przewidzenia. Że i w innych stanach chorobowych po injekcyi śmierć nastąpiła (Jarisch, Weber, Immermann, Burkhardt), to dowodzi, że nie znamy jeszcze wiele rzeczy w działaniu płynu Kocha i reakcyi naszego organizmu. To samo jednak miało miejsce w r. 1847 i 48 po odkryciu narkozy i przypomnę Panom że był czas, w którym chloroform, jeden z najdzielniejszych i najniezbędniejszych naszych środków lekarskich był zupełnie zdyskredytowany z powodu niespodziewanych przypadków śmierci.

Na mocy więc wszystkich powyższych danych, zadziwia mnie pessymizm kol. Szpilmanna, tem więcéj, że fakta kliniczne stwierdzają, iż owo przypuszczalne rozprowadzenie prątków po organizmie — (przez jedynego Liebmanna z Tryjestu poparte, przez Guttmanna i Ehrlicha nie stwierdzone), nie musi być tak niebezpiecznem, skoro już kilka tysięcy zastrzykniętych płynem Kocha osobników nie dostało gruźlicy prosówkowéj.

Zresztą mojem zdaniem odkrycie Kocha dopiero teraz przez dalsze bezstronne badania wejdzie na właściwe tory i da nam możliwość, po postawieniu ścisłych wskazań i przeciwwskazań, użycia najracyjonalniejszego wyzyskania jego leczniczéj wartości.

Kol. Wernicki również przeciwnym jest koledze Szpilmanowi, przyznaje jednak, że jak każdy nowy wynalazek tak i ten wątpliwości wywołać musiał.

Kol. Stachiewicz zarzuca doświadczeniom kol. Wiczkowskiego to, że u dzieci z powiększonemi gruczołami należy zawsze myśleć o gruźlicy, co usprawiedliwiałoby reakcyję, jaka u nich występowała.

Co do leczniczéj wartości sądzi, że ona na tem głównie polega, iż limfa wywołuje silne przekrwienie w około tkanki choréj i przez to odżywienie i odporność tejże tkanki zwiększa.

Kol. Krówczyński podnosi bardzo dobre objektywne stanowisko polskiéj prasy lekarskiéj wobec ogólnego rozgłosu początkowego, co dziś najlepiéj występuje, gdy nawet wielu zwolenników Kocha się cofa, gdzie wielu przyznaje, że ani jednego przypadku wilka zupełnie wyleczonego nie ma, gdzie tylko wielka powaga Kocha początkowy rozgłos usprawiedliwia. Sądzi jednak, że doświadczeń rozpoczętych nie należy przerywać.

Kol. Opolski powołując się na swoje doświadczenia i zdanie Guttmana przyznaje limfie wartość rozpoznawczą. Co do leczniczéj wartości, to mając względnie dobre dotychczas wyniki, zaprzestawać doświadczeń nie może. Że dużo było wyników niepomyślnych, to jest winą nie środka, lecz złego wyboru chorych, nieostrożnego dozowania i t. d. Wreszcie przemawiali jeszcze kol. Szpilmann i kol. Bylicki.

W końcu kol. Przewodniczący dziękuje tym Kolegom, którzy tak chętnie wyniki prac swoich nad limfą Kocha na posiedzeniach ogłaszali. *Dr. Mukowicz.*

V. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 9 lipca. W najwyższéj Radzie zdrowia we Wiedniu utworzył się Komitet zajmujący się popieraniem interesów VII międzynarodowego zjazdu higijenicznego, odbyć się mającego w roku bieżącym od 10—17 sierpnia w Londynie. Komitet pod przewodnictwem prezesa najwyższéj Rady sanitarnéj prof. Hofmanna składa się z proff. Vogla, Ludwiga, Weichselbauma, Grubera, z radzcy ministeryjalnego Kusego, radzcy dworu Grubera i dyrektora szpitala powszechnego Böhma; rozesłał Komitet ten pismo do Redakcyj i stowarzyszeń lekarskich w państwie austro-węgierskiem z prośbą o propagowanie interesów Zjazdu londyńskiego, mającego prowadzić daléj sprawy rozpoczęte przez Zjazd międzynarodowy, który odbył się z wielkiem powodzeniem we Wiedniu przed 4-ma laty. Zjazd londyński pozostaje pod opieką Królowéj a przewodniczyć mu będzie następca tronu książe Walii. Wszystkie ministerstwa au-

stryjackie jakoteż i wszystkie władze polityczne w poszczególnych krajach koronnych starają się, aby reprezentanci władz i stowarzyszeń lekarskich z całej monarchii wzięli udział w zjeździe, obiecującym wielkie dla zdrowia powszechnego korzyści. Dotąd już 45 osób zapowiedziało wyjazd swój do Londynu, a mianowicie: 5 reprezentantów c. k. ministeryj, 3 z Rady najwyższéj sanitarnéj, 9 z rad sanitarnych krajowych, 2 z wydziałów krajowych, 6 z miast, 6 z uniwersytetów, 4 z zakładów technicznych, 2 z towarzystw lekarskich, 3 reprezentantów szpitali, 3 lekarzy rządowych, 2 z izb handlowych. Zjazd zagai ks. Walii d. 10 Sierpnia o godzinie 3 minut 30 w St. James Hall; posiedzenia sekcyjne odbywać się będą d, 11, 12, 13 i 14 sierpnia aż do godziny 2-éj po południu; w sobotę d. 15 odbędą się wycieczki, a w poniedziałek d. 17 nastąpi zamknięcie zjazdu w amfiteatrze uniwersytetu londyńskiego. Prace zjazdu rozpadają się na 2 działy: higijeny i demografii. Wykłady odbywać się będą w językach: angielskim, francuskim i niemieckim. Biuro znajduje się: 20 Hannover Square London W., adres telegraficzny: Demography London.

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

Biuro kwaterunkowe Zjazdu znajdować się będzie na dworcu kolejowym w izbie obok wyjścia głównego, nad którem widać napis „wychód“. Członkowie Zjazdu, którzy mieszkania zamówili, znajdą w tem biurze adresy swych mieszkań oraz warunki, pod któremi one zostały zamówione.

Program VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie d. 16—22 lipca 1891 r.

16 lipca, Czwartek.

Wieczorem zapoznanie się w Ogrodzie strzeleckim.

17 lipca, Piątek.

O 8 rano nabożeństwo na Wawelu, celebrowane przez JE. księcia Kardynała.

O 10 pierwsze posiedzenie ogólne w gimnazyjum Nowodworskiem.

O 1 uroczyste otwarcie wystawy w gimnazyjum Nowodworskiem.

O 4 posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem przyjęcie przez miasto w sali Towarzystwa Ubezpieczeń.

18 lipca, Sobota.

O 7 zwiedzanie miasta i jego zakładów.

O 9 posiedzenia sekcyjne.

O 4 posiedzenia sekcyjne.

O 6 zwiedzenie parku miejskiego imienia Dra Jordana.

O $8^1/_2$ uczta dana przez członków Zjazdu dla Dra Jordana.

19 lipca, Niedziela.

O 7—10 zwiedzanie miasta.

O $12^1/_2$ wyjazd na wycieczkę do Mnikowa, gdzie przyjęcie przez Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

20 lipca, Poniedziałek.

O 7—9 zwiedzanie miasta.

O 9 posiedzenia sekcyjne.

O 4 drugie posiedzenie ogólne.

O 8 przyjęcie przez Komitet gospodarczy VI Zjazdu jego członków.

21 lipca, Wtorek.

Wycieczka do Wieliczki. Wyjazd do Pragi.

22 lipca, Środa.

Wycieczka do zdrojowisk krajowych pod kierunkiem członka Komitetu gospodarczego.

Uwaga. Biuro Komitetu gospodarczego, — w którem prócz informacyj wydawane będą: oznaki i karty legitymacyjne dla członków Zjazdu, przewodnik po Krakowie, Dziennik Zjazdu, bilety: na objad dla Dra Jordana, na kolacyję Komitetu i na wycieczkę. — będzie się znajdować w nowym gmachu uniwersyteckim, na parterze, na końcu lewego kurytarza pod Nr. 6.

Biuro kwaterunkowe na kolei, w dworcu głównym w sali naprzeciwko biura Naczelnika stacyi.

Wystawa zajmuje gimnazyjum Nowodworskie, przy ulicy św. Anny; tam będą się odbywać posiedzenia ogólne Zjazdu.

Posiedzenia sekcyjne będą się odbywać wszystkie w nowym gmachu uniwersyteckim.

Wycieczka do zdrojowisk odbędzie się po Zjeździe dnia 21 lipca. Ponieważ liczba uczestników jest ograniczona, przeto należy wcześnie się zapisywać u Dra J. Surzyckiego, Floryjańska Nr. 13.

Z Uniwersytetu w Genewie przybędzie na Zjazd dziekan tamecznego Wydziału lekarskiego prof. Laskowski. Wydział zaś lek. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrał reprezentantem swoim na Zjeździe radzcę lek. Dra Wicherkiewicza, a jego zastępcą Dra Święcickiego.

Na osiatniem posiedzeniu Komitetu gospodarczego wybrano jurorów wystawy przez Zjazd urządzonéj.

Biura Komitetu pomieszczone będą w *Collegium novum*, gdzie się także odbywać będą wszystkie posiedzenia sekcyjne. Posiedzenia ogólne zaś odbywać się będą w sali amfiteatralnéj gimnazyjum Nowodworskiego: w tymże gmachu umieszczona będzie wystawa, która się bardzo dobrze zapowiada.

Udział Członków bardzo liczny, i to z najrozmaitszych krajów Europy, — a pomiędzy nimi wielu znakomitych mężów nauki.

Komitet zastanawiał się już także nad wyborem prezesów honorowych i prezesów i wiceprezesów posiedzeń ogólnych.

W sekcyi chirurgicznéj zapowiedział w dalszym ciągu:

Prymaryjusz Dr. Ziembicki ze Lwowa: Leczenie gruźlicy stawów podług metody Krausego.

Tenże: Dwadzieścia przypadków wysokiego cięcia pęcherza, wskazania, wyniki.

W sekcyi hygijenicznéj Dr. Pollak z Warszawy demonstrować będzie plany szpitala Dzieciątka Jezus.

W sekcyi okulistycznéj:

Dr. Mitvalský z Pragi: O některých tumorech orbity.

W sekcyi zoologii i anatomii porównawczéj:

Knd med. Wł. Szymonowicz, asystent z Krakowa: *Cyclops astomus rhynchaenus*, potwór świni domowéj.

Do sekcyi medycyny wewnętrznej zapowiedziane zostały w dalszym ciągu następujące wykłady:

Szuman: Kilka uwag o leczeniu dyfteryi zapomocą środków wewnętrznych.

Momidłowski i Surzycki: O nerwicach urazowych na podstawie przypadków obserwowanych w klinice lekarskiéj.

Surzycki: Przyczynek do trawienia skrobi.

W sekcyi psychologicznéj:

Dr. M. Massonius: Psychologija i teoryja poznania.

* Podczas rozpraw nad budżetem Ministerstwa oświaty poseł Dr. Beer zwrócił uwagę na opłakany stan klinik psychijatrycznych w Austryi, podając, że kliniki istniejące we Wiedniu nie odpowiadają wymogom i potrzebie nauki — w Krakowie zaś i Insbruku wcale klinik psychijatrycznych niema. Ponieważ w Insbruku robią się przygotowania, aby urządzić klinikę dla chorób nerwowych i umysłowych, więc pozostanie Kraków jedynem miastem uniwersyteckiem kliniki psychijatrycznéj nie posiadającem.

* W Krynicy do dnia 29 czerwca było gości 1050, w Sczawnicy 762, w Cieplicach czeskich do d. 1 b. m. gości 2761.

* W tygodniu 25-ym (od 20—27 czerwca) było w Krakowie małżeństw 12, urodzin 87, skonów 46, z tych z gruźlicy 7, z nieżytu żołądka i jelit 5, z zapalenia płuc 4, z dławca i błonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. — Monachijum**. Docent prywatny Dr. Klaussner mianowany został nadzw. profesorem chirurgii i przełożonym polikliniki chirurgicznéj. — **Lipsk**. Docent prywatny Kölliker mianowany profesorem nadzw.

* **Nekrologija**. W Gietyndze umarł sławny fizyk prof. Dr. Wilhelm Edward Weber, wynalazca telegrafu elektrycznego, licząc lat 87. — W Londynie umarł Dr. H. Sutton wskutek influenzy, znany z pracy swéj o *„Arterio-capillary-fibrosis“*.

W Pradze umarł Dr. Wilhelm Weiss, profesor chirurgii w Wydziale czeskim, urodzony d. 7 kwietnia 1835 r. w Milosticach w obwodzie taborskim, uzyskał dyplom doktora w Pradze w r. 1859, był asystentem prof. Blaziny tamże od r. 1866 do 1872, od r. 1870—1878 redaktorem Časopisu lek. českých;

liczne są jego rozprawy ogłoszone w języku czeskim i niemieckim; habilitował się w r. 1873, mianowany profesorem nadzw. w r. 1875, a w r. 1881 prof. zwyczajnym chirurgii w wydziale czeskim.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Upraszam Szan. Panów Kolegów, którzy zmienili miejsce swojego pobytu lub mieszkanie, o nadesłanie swoich

adresów dla Kalendarza Lekarskiego krakowskiego na rok 1892

najdaléj do 20 lipca b. r. pod adresem 77—3—2

Dr. Murdzieński, Kraków, Floryjańska 51.

JAN IHNATOWICZ

magister farmacyi i chemik sądowy, wyrabia od 1875 r. **mydła lecznicze** odszczególnione na Wystawach krajowych, zagranicznych i lekarsko-przyrodniczych 10 medalami zasługi i dyplomem honorowym.

Wszystkie moje mydła lecznicze są zdumiewających skutków, przewyższają co najmniéj o 100% wszelkie dotychczasowe mydła, są też o wiele tańsze i przyjemniejsze w użyciu. Nietylko bowiem, że choroby skórne są przez nie w jak najkrótszym czasie uleczone, ale także uzyskana przez nie działalność skóry przyczynia się do osiągnięcia świeżéj, pięknéj i białéj cery.

Mydło będźwinowe używa się do usunięcia wyrzutów i plam skórnych, usuwa szorstkość skóry, a cerze nadaje czerstwość i aksamitną miękkość i delikatność. Kawałek 25 cnt.

Mydło boraksowe, wpływa bardzo korzystnie na płeć, dokładnie oczyszcza i wybiela skórę. Mydło to jest znakomicie działającym srodkiem przeciw opaleniu, pryszczykom i pęcherzykom na twarzy, przeciw piegom i nieczystościom na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowe, uśmierza swędzenie i pieczenie skóry, usuwa wyrzuty i czerwoność z twarzy i rąk. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowo-siarkowe, usuwa czerwoność z twarzy i nosa, opalenie słoneczne i piegi. Kawałek 30 cnt.

Mydło karbolowe, bardzo korzystnie jest myć ręce, twarz, a nawet całe ciało w czasie epidemii, celem zabezpieczenia się od epidemii. Kawałek 20 cnt.

Mydło karbolowo-piaskowe, do mycia rąk dla pp lekarzy i akuszerek, według przepisu WP. Dra med. Stroynowskiego. Kawałek 20 cnt.

Mydło kreolinowe, zawiera 5% czystéj kreoliny, znakomicie oczyszcza skórę, usuwa pryszcze, liszaje, świerzby, trądniki, płeć odświeża i wydelikatnia. Kawałek 35 cnt.

Mydło siarkowe, z wielkiem powodzeniem używa się do zniszczenia pryszczy i wszelkiego rodzaju wyrzutów na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło siarkowo-smołowe, mydło to składa się z 40% smoły a 10% siarki, przeważnie bywa używane na świerzb. Mydło to okazało się jako najlepszy środek przy téj słabości, przewyższyło ono bowiem wszystkie nowo wynalezione a tak kosztowne środki. Kawałek 35 cnt.

Mydło smołowo-glicerynowe, składa się z 35% gliceryny i 10% smoły (dziegciu), jest pod każdym względem jednem z najlepszych desinfekcyjno-higijenicznem mydłem toaletowem. Jako zwykłe mydło do użycia codziennego, jest przez odwietrzanie i skórę zmiękczającą własność znakomitym oraz wypróbowanym środkiem do usunięcia wszystkich nieczystości naskórnych, jakoto: piegów, plam wątrobianych, wągrów i t. p. Kawałek 30 cnt.

Mydło smołowe, zawiera 40% smoły (dziegciu); usuwa pryszcze, liszaje, wszelkie wysypki skórne, pocenie nóg i łupież na głowie. Kawałek 30 cnt

Mydło storaksowe, używa się przy cierpieniach naskórnych, a przeważnie przy świerzbach. Kawałek 30 cnt.

Mydło tymolowe, zawiera 3% tymolu, znakomicie oczyszcza skórę od wszelkich wyrzutów. Kawałek 50 cnt.

Uwaga: Przy większéj ilości tak dla PP. lekarzy, jak i odsprzedających odpowiedni procent. 29—22—9.

DR. TOMASZ ZAREMBA

ordynuje jak dawniej od 10 Czerwca

W SZCZAWNICY

Villa Atylla. 66—10—9

INSERATY

do Kalendarza Lekarskiego krakowskiego

przyjmowane będą tylko w niewielkiéj ilości, aby uniknąć znacznego powiększenia rozmiarów wydawnictwa. — Część inseratową umieszczoną będzie w osobnéj książeczce umocowanéj między okładkami kalendarza na tasiemce. Jedynie 3 strony pierwsze i 3 ostatnie mogą być ogłoszeniami zajęte. Jedna strona ogłoszenia w książeczce osobnéj kosztuje 8 zlr., ½ strony 4 zlr. Jedna strona w oprawionym kalendarzu kosztuje 30 zlr. Zamówienia przyjmuje się tylko za równoczesnem nadesłaniem opłaty. Zgłoszenia nadsyłać należy pod adresem: *Dr. Murdzieński,*

78—3—2 *Kraków, Floryjańska 51.*

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra J. KOŁĄCZKOWSKIEGO

w Szczawnicy na Miedziusiu,

otwarty 20 maja do 30 września 1891 r., został ponownie rozszerzony i ulepszony podług systemu prof. Winternitza. Kierować zakładem będzie Dr. Kołączkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii i chorób nerwowych w Wiedniu i Berlinie. — Prospekta na żądanie wysyła Zarząd.

J. Żochowski 44—15—13 Dr. Kołączkowski

zarządca. właściciel i kierownik Zakładu.

Dr. W. KRETOWICZ

ordynuje jak w latach poprzednich

przez cały sezon kąpielowy 75—5—4

W KARLSBADZIE.

Mieszka: ***„Stadt Warschau,“ Kaiserstrasse.***

IWONICZ

Zakład zdrojowo - kąpielowy

Szczawy alkal. słone — jod i brom zawierające.

Skuteczne w chorobach skrofulicznych i ich złośliwych następstwach w chorobach skórnych, syfilitycznych, reumatyzmie i nieżytach błon śluzowych, zapaleniach stawów i okostny, oraz w rozlicznych chorobach kobiecych.

Kąpiele mineralne, wzbogacone nowo odkrytem w głęb. 371 metr. źródłem słono jodowem o niewyczerpanéj obfitości, kąpiele borowinowe, tuszowe i basenowe. — Mleko, żętyca, inhalatoryjum. — Znakomita stacyja klimatyczno-lecznicza. Instytut leczniczo-pedagogiczny dla chłopców pod kierunkiem prof. gimn. lwow. Dra Weigla i lekarza zakładow. — Pora kąpielowa podzielona na 3 sezony od 20-go Maja do końca Września. Mieszkania w 1-szym i ostatnim sezonie tańsze. Rady lekarskiéj udzielają **Dr. Kl. Dębicki**, lekarz zakładowy i Dr. **Kazimierz Kaden.**

Składy wód min. soli i ługu na kąpiele domowe we wszystkich aptekach i handlach wód w kraju i za granicą.

Prospekta opłatnie rozscła *Dyrekcyja.* 55—9—9

ZAKOPANE

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

na Klemensówce w Zakopanem,

istniejący od lat 12, z każdym rokiem prawie powiększa liczbę ubikacyj i uzupełnia urządzenia, jak tego wymaga postęp nauki higijeny i terapii. Wody źródlanéj dostarcza obficie własny wodociąg Klemensówki, umeblowanie pokoi przyzwoite, łóżka z materacami i sprężynami, kuchnia w własnym zarządzie odpowiada wszelkim wymogom. Środki lecznicze: hydroterapija, gimnastyka lecznicza z ortopedyją, mięsienie i zawieszanie, elektroterapija i hypnoza. Ceny za leczenie, stół i mieszkanie razem dziennie od osoby 3 do 5 zlr. według wyboru pokoju. — Kierujący lekarz i właściciel zakładu

Dr. Wenanty Piasecki. 53—6—6

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 18 Lipca 1891. Nr. 29.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci.

Podał
Dr. Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

Kiedy przed rokiem zabierałem się do opracowania powyższego tematu, miałem na względzie nie tyle czysto teoretyczną stronę téj kwestyi, ile praktyczne jej konsekwencyje w leczeniu przymiotu.

Od czasu ogłoszenia w siódmym dziesiątku bieżącego wieku kilku prac o wpływie małych dawek rtęci na zachowanie się krwi i ogólne odżywianie ustroju nastąpił pewien zwrot w leczeniu przymiotu rtęcią, datujący się od pierwszego wystąpienia Sigmunda (1881 r.). Zalecono stosowanie małych dawek przetworów rtęciowych z częstemi przerwami, a to na téj zasadzie, że małe dawki, stosowane przez pewien ograniczony przeciąg czasu, poprawiają ogólne wejrzenie chorego i zwiększają ilość czerwonych ciałek krwi. Nie dopuszczać więc do zubożenia krwi czyli, jak przypuszczano, do wystąpienia toksycznych objawów działania rtęci, oto hasło, panujące w całéj nowożytnéj terapii przymiotu. Wielu autorów (Semmola[1]), Elzenberg[2]) uważało liczenie czerwonych ciałek krwi za niezbędny sposób, za pomocą którego można określić granice dostatecznego stosowania rtęci. Jak tylko ilość czerwonych ciałek zaczyna się zmniejszać, należy zaprzestać na pewien czas stosowania rtęci, ubytek ten bowiem ma dowodzić dostatecznego nasycenia rtęcią ustroju i występowania toksycznego działania, szkodliwego dla chorego.

[1]) *De la chromocytometrie, appliquée à l'indication et à la tolerance du traitement de mercure et de toutes les substances alterantes.* (*Nouv. Remédes.* 1889). Cyt. w *Jahresb. von Virchow und Hirsch.* — [2]) O leczeniu syfilisu. Odczyty kliniczne, 1889.

Czy pogląd ten jest słuszny? Czy rzeczywiście lecznicze dawki rtęci wywołują właśnie takie zmiany krwi? Oto kwestyja, którą postanowiłem sprawdzić, zabierając się do niniejszéj pracy.

Przedewszystkiem jednak musimy zapoznać się z klinicznemi i doświadczalnemi pracami, które były punktem wyjścia tego nowoczesnego zwrotu w terapii przymiotu. — Pierwszy Liegeois[1]) zwrócił uwagę, że pod wpływem małych dawek sublimatu chorzy na przymiot przybierają znacznie na wadze i poprawia się prędko ich ogólne wejrzenie. Autor robił równocześnie doświadczenia na zwierzętach i na zdrowych osobnikach i doszedł do tego samego wyniku. Następnie Wolbuszewicz[2]) w 1871 r. przedsiębrał szereg badań na chorych przymiotowych i na zwierzętach i przy tych badaniach zwrócił pierwszy szczególną uwagą na zachowanie się ilości białych i czerwonych ciałek krwi śród stosowania rtęci. Pracę tę musimy bliżéj poznać, stanowi ona bowiem główne źródło, z którego do dziś wszyscy prawie autorowie czerpią. U chorych dotkniętych, przymiotem przez 4 dni badano krew, nie zadając im wcale żadnych lekarstw. Technika badania krwi, sądząc z opisu, nie ulega żadnemu zarzutowi. Następnie zadawano chorym rtęć w pigułkach: bądź sublimatu w 4 pigułkach w dziennéj dawce 0·04, bądź jodnik rtęci (*protojoduretum hydrargyri*) w dziennéj dawce 0·10, na 2 pigułki i dawki podzielonéj. Przez ośm dni podczas takiego stosowania rtęci nie badano wcale krwi, dopiero od dziewiątego dnia poczynając, kiedy już działanie lekarstwa mogło się ujawnić, zaczęto badania krwi i prowadzono je codziennie aż do zupełnego wyleczenia.

Otóż na zasadzie takich badań Wilbuszewicz doszedł

[1]) *Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les injections souscutanées de sublimé à petites doses dans l'etude de la syphilis. Gazette des hôpitaux.* 1869. — [2]) *Influence des préparations mercurielles sur le sang. Arch. de phys. norm. et path.* 1874.

do następujących wniosków. 1) Przed stosowaniem rtęci w okresie czterodniowym, pod wpływem samego jadu przymiotowego ilość czerwonych ciałek krwi znacznie się zmniejsza (na 1 milijon niekiedy), a ilość białych ciałek powiększa się. 2) Pod wpływem rtęci ilość czerwonych ciałek powiększa się stale do pewnego czasu (do 16 dnia stosowania), a następnie zaczyna się zmniejszać aż do zakończenia leczenia. Podczas zakończenia leczenia ilość ciałek krwi była mniejszą, aniżeli przed stosowaniem rtęci. Za to ilość białych ciałek podczas całego leczenia stale zmniejsza się. Ostateczny wniosek Wilbuszewicza był taki, że w przymiocie powstaje zmniejszenie ilości czerwonych krążków (*hypoglobulia*), a powiększenie białych ciałek (*leucocythosis*). Jeżeli przymiot leczymy rtęcią w dawkach powyżéj podanych, to skład krwi poprawia się, mianowicie powiększa się liczba czerwonych krążków, a zmniejsza się liczba białych (ustępuje więc *hypoglobulia* i *leucocythosis*). Ale poprawa ta odbywa się do pewnego czasu, w miarę kumulatywnego działania rtęci liczba czerwonych krążków znów zaczyna się zmniejszać. Po zaprzestaniu stosowania rtęci, jak to Wilbuszewicz w kilku przypadkach mógł się przekonać, liczba czerwonych krążków wzrastała aż do wysokości otrzymanéj w 16. dniu leczenia.

Powyższe dane kliniczne Wilbuszewicz starał się sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach. Wybrał on do tych doświadczeń króliki i stosował u nich rtęć w postaci podskórnych zastrzykiwań sublimatu (1 mg.). W doświadczeniach tych autor widział śród stosowania rtęci tylko ubytek czerwonych krążków i dopiero kiedy nastąpiły objawy zatrucia, jak mocna biegunka, liczba krążków nagle wzrastała wskutek zgęszczania się krwi, zwykle też w tych doświadczeniach następowało otrucie i śmierć zwierzęcia.

Postępując chronologicznie musimy wspomnieć teraz o pracy Keyesa [1]). Autor ten badał również za pomocą obliczań krew i znalazł: 1) że chorzy przymiotowi przy zadawaniu małéj ilości rtęci nawet przez długi czas zyskują na sile i wadze; że rtęć powiększa liczbę czerwonych krążków krwi; 3) że przymiot sam przez się wywołuje ubytek czerwonych krążków. Na zasadzie tych danych Keyes wysnuł wniosek, że rtęć w małych dawkach działa jako lek wzmacniający (*tonicum*) i jako taki leczy niedokrwistość w przymiocie i tym tylko sposobem okazuje się w téj chorobie skuteczną. Badania swoje robił Keyes na sobie samym, na jednym chorym z miękkiem owrzodzeniem, oraz na kilku osobnikach dotkniętych przymiotem. Zadawał jodek rtęci wewnętrznie w pigułkach.

Wyniki tych dwóch powyższych klinicznych prac nie są bez zarzutu. Autorowie przedewszystkiem stosowali nierozpuszczalny przetwór rtęci wewnętrznie. Być bardzo może, że jodek rtęci w małych dawkach, jako lek drażniący, działa pobudzająco na kanał pokarmowy i zwiększa wydzielanie soków trawiennych. Pod wpływem zwiększonego łaknienia może następować przybytek na wadze i sile, oraz na ilości czerwonych krążków krwi. Działanie więc na krew w tych przypadkach będzie pośredniem a nie bezpośredniem. Powtóre stosowanie przetworów rtęci w pigułkach nie jest pewnem. Pewna część i tak trudno już rozpuszczalnego przetworu pozostaje w postaci pigułek zupełnie niewessaną. Ilości téj nigdy obliczyć dokładnie nie jesteśmy w stanie i nie posiadamy rzeczywiście żadnéj miary dla wnioskowania o samem działaniu rtęci. Nakoniec doświadczenia na zwierzętach Wilbuszewicza stanowczo nie mają żadnego znaczenia. Autor ten bowiem używał względnie za wielkich i za częstych dawek sublimatu, które też i rychło sprowadzały otrucie zwierzęcia. Działania więc farmakologicznego rtęci na krew nie można było tym sposobem zbadać.

To też uczuwać się bardzo dawała potrzeba doświadczalnego zbadania téj kwestyi. Wydział lekarski w Gietyndze ogłosił wkrótce konkurs na pracę doświadczalną, któraby obejmowała działanie małych dawek rtęci na zachowanie się krwi. Nagrodę konkursową otrzymał Schlesinger [1]). Doświadczenia Schlesingera były robione na psach i królikach ze wszystkiemi potrzebnemi ostrożnościami i z kontrolowaniem wyników na zwierzętach zdrowych. Zamiast stosowanego przez Wilbuszewicza podskórnie sublimatu zastosowano ten sam środek w rozczynie wewnętrznie, podając z pokarmami po 0·0005 dziennie, którą to ilość następnie powiększano tak, że u psów w końcu zadano 0·002 dziennie. Samo badanie krwi Schlesinger uzupełnił przez równoczesne określanie ilości hemoglobiny i robił je bardzo długo, przez kilka miesięcy, niekiedy rok cały. Wyniki tych doświadczeń były następujące. Stale ilość krążków czerwonych krwi wzrastała (z 9—12 milijonów), równocześnie i ilość hemoglobiny stale wzmagała się, a zwierzęta przybierały na wadze. Pomimo takich wyników Schlesinger nie zgadza się ze zdaniem Keyesa, jakoby rtęć miała działać tonicznie, gdyż nie znajdował w swych doświadczeniach zwiększonego wydzielania mocznika. Przytem przekonał się przez sekcyje zwierząt, które były poddane doświadczeniom, że we wszystkich narządach wewnętrznych (w wątrobie i nerkach) następuje obszerne stłuszczenie. Na zasadzie więc powyższéj przychodzi do przekonania, że rtęć zmniejsza sprawy utleniania w ustroju, zmniejsza rozpad czerwonych krążków i tym tylko pośrednim sposobem wywołuje powiększenie ich ilości.

Pomijając następnie prace Robrna (1881) i Hallopeau (1883), których kliniczne wnioski zgadzają się w zupełności z wnioskami Wilbuszewicza a w części Keyesa co do działania małych dawek rtęci, zatrzymamy się bliżéj na pracy Gallarda z 1885 r.[2]) Gallard, jak widzimy z tytułu, rozszerzył swe badania i na innych chorych niedokrwistych, nie dotkniętych przymiotem. Badania były robione w klinice prof. Hayema. Stosowano wewnętrznie jodek rtęci w dawkach dziennych 0·10, oraz sublimat w dawkach 0·01—0·02; w kilku przypadkach zastrzykiwano peptonat rtęci Bambergera. Badano nietylko ilość czerwonych krążków krwi, lecz i ilość hemoglobiny. Wyniki, do jakich doszedł Gallard, są następujące: U chorych przymiotowych liczba czerwonych krążków stale wzrasta aż do 14-go dnia stosowania rtęci. Wtedy dochodzi do maximum (300—700 tysięcy więcéj krążków aniżeli przed stosowaniem); następnie przy dalszem zadawaniu rtęci ilość czerwonych krążków zmniejsza się. — Ilość hemoglobiny także powiększa się i to w stosunku znacznie większym aniżeli przybytek czerwonych krążków; na-

[1]) *The effect. of small. doses of Mercury in modifyjing the number of the red blood corpuscles in syphilis. The americ. Journal of the medic. sciences.* 1876.

[1]) *Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung lange Zeit fortgegebener kleinen Dosen Quecksilbers auf Thiere. Arch. f. exp. Pathol. und Pharm.* 1880, B. XIII. —
[2]) *De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques. Gazette des hôpitaux* 1885, Nr. 74.

wet podczas okresu zmniejszania ilości krążków ilość hemoglobiny wzrasta aż do 24. dnia zadawania rtęci; daléj już pozostaje w jednéj mierze. Te same wyniki otrzymał Gallard i przy stosowaniu rtęci w tych samych dawkach u niedokrwistych osób (podobnych badań robiono pięć). Na zasadzie powyższych wyników autor porównywa działanie rtęci w małych dawkach do działania żelaza, t. j. przypisuje rtęci działanie toniczne, wzmacniające.

Praca Gallarda była ostatnią z szeregu prac, traktujących o działaniu rtęci w małych dawkach na zachowanie się krwi. Wszystkie powyżéj cytowane prace bądź kliniczne, bądź doświadczalne, dochodzą rzeczywiście z rzadką zgodnośnią do jednakowych prawie wyników. A jednak z punktu widzenia praktycznego przy zastosowaniu tych wyników do celów leczniczego stosowania rtęci powstają liczne wątpliwości.

Przedewszystkiem wszystkie te prace obejmują jeden tylko najmniéj używany sposób stosowania przetworów rtęciowych, mianowicie wewnętrzny. Nie rozwiązują one kwestyj działania tego środka przy innych więcéj używanych sposobach leczniczych, mianowicie przy leczeniu naskórnem wcieraniami i przy podskórnem stosowaniu nierozpuszczalnych przetworów rtęci. Słusznie więc powstaje wątpliwość, czy zmiany we krwi zachodzące zależą przy tego rodzaju stosowaniu od bezpośredniego wpływu wessanéj rtęci na krew, czy też pośrednio od pobudzonego trawienia, wzmocnionego łaknienia i zwiększonego przyswajania pokarmów. Drugi zarzut jest ten, że dawki stosowane były rzeczywiście małe, nie dochodzące do tych dawek, jakie lecząc zwykle stosujemy w przymiocie. Nie wiadomo więc, czy dawki farmakologiczne nieco wyższe okazują ten sam wpływ na krew i ustrój, co powyżéj wzmiankowane minimalne dawki.[1]) To też słusznie praktyczne konsekwencye tych prac podał w wątpliwość Kobert, ostrzegając szczególniéj przed pojmowaniem rtęci jako leku działającego tonicznie wzmacniająco na podobieństwo żelaza.

Nakoniec najważniejszy zarzut, bo dotyczący się podstaw powyższych prac, zrobićby można saméj metodzie badania krwi. Obliczanie czerwonych krążków daje tylko względne pojęcie o stanie krwi. Tym sposobem określamy ilość krążków w jednostce krwi, lecz nie mamy pojęcia o ogólnéj ilości téjże. Ilość krwi nie jest wielkością stałą w ustroju, lecz podlega ciągłym wahaniom i to dość znacznym, wskutek ubytku lub przybytku płynnéj zawartości, t. j. wody. W miarę przybywania wody gęstość krwi zmniejsza się, a zatem w jednostce krwi otrzymujemy zmniejszoną ilość organizowanych pierwiastków, w miarę zaś ubytku wody krew zgęszcza się i liczba czerwonych krążków musi się powiększyć. Powiększanie się zatem lub zmniejszanie się liczby czerwonych krążków w jednostce krwi nie dowodzi wcale powiększania się lub zmniejszania ogólnéj ilości tychże. Stanowcze wnioskowanie na téj zasadzie byłoby w zupełności fałszywe. Już oddawna liczne badania stwierdziły, że liczba ciałek krwi u jednego i tego samego człowieka, może się wahać znacznie. Welcker badając swą własną krew znalazł raz 4,673,846 cz. k., drugi raz 5,269,505. Vierordt, Duperier znaleźli, że po przyjęciu obfitéj ilości pokarmów ilość czerwonych krążków zmniejsza się i to dość znacznie. Przeciwnie przy głodzeniu zwierząt znajdowano powiększenie

[1]) *Zur Pharmacologie des Quecksilbers. Schmidts Jahrb.* 1885.

liczby czerwonych krążków krwi. Takież powiększenie podług Mallasseza znajdujemy po wysiłkach fizycznych, po gorących kąpielach (ubytek wody).[1]) Nakoniec patologiczne fakta powiększania się nadmiernego (do 8 milionów) czerwonych krążków przy niewyrównanych wadach serca (Bamberger), w biegunkach, cholerze, wszędzie tam, gdzie następuje znaczny ubytek wody, wskazują, jak należy być ostrożnym z wnioskowaniem o znaczeniu ilości czerwonych krążków znajdowanéj przez obliczanie. Przybytek lub ubytek nawet obejmujący 1 milijon czerwonych krążków nie dowodzi ani poprawy ani zubożenia krwi w organizowane pierwiastki, gdyż podobne wahania zdarzyć się mogą przy zgęszczeniu lub rozrzedzeniu krwi jeszcze w granicach fizyjologicznych.

Prace powyżéj rozbierane poruszają w związku z kwestyją działania rtęci na krew jeszcze jednę kwestyję, mianowicie zachowanie się krwi w przymiocie. Wilbuszewicz znalazł, że pod wpływem jadu przymiotowego powstaje zmniejszenie się ilości czerwonych krążków (*hypoglobulia*) i powiększenie ilości białych (*leucocythosis*). Keyes znalazł również zubożenie krwi w czerwone krążki. Gallard nie tylko znalazł zmniejszenie się ilości czerwonych krążków lecz i zmniejszenie się ilości hemoglobiny (*chloraemia*). Do takich samych prawie rezultatów doszli i inni autorowie. Ricord i Grassi wspominają o zmniejszeniu się czerwonych krążków. Virchow wspomina o *hypoglobulia, chloraemia* i *leucocythosis* w przymiocie. Najnowsza praca w téj kwestyi Leziusa[2]) rozstrzyga tę rzecz w następujący sposób. Czerwone krążki w przymiocie zmniejszają się w niewielkim stopniu (*hypoglobulia parva*), hemoglobina zmniejsza się znacznie (*chloraemia magna*), stosunek białych ciałek do czerwonych pozostaje prawidłowy, stosunek jednojądrowych t. zw. limfocytów do wielojądrowych białych ciałek jest także prawidłowy. Widzimy więc, że i w téj kwestyi zupełnéj zgody nie ma.

Takiemi są dane, jakich dostarcza nam literatura. Dane te nie są ani zupełne, ani pozbawione pewnych wątpliwości. Dlatego też przy opracowaniu niniejszego tematu z punktu widzenia praktycznego postawiłem sobie następujące zadania do rozstrzygnięcia:

1. Zbadać zmiany zachodzące we krwi pod wpływem jadu przymiotowego przed leczeniem.
2. Zbadać zmiany krwi u przymiotowych po ukończeniu leczenia rtęcią, biorąc na uwagę rozmaite dziś używane sposoby (podawanie wewnętrzne, naskórne i podskórne).
3. Zbadać zmiany krwi w przebiegu samego leczenia.

Nim przystąpię do opisu otrzymanych wyników, muszę przedewszystkiem w krótkości opisać samą metodę badania krwi, stosowaną przezemnie. Krew otrzymywałem przez nakłucie szeroką igłą średniego palca po poprzedniem dokładnem oczyszczeniu i roztarciu palca. Krew badałem zawsze w jednéj porze dnia, mianowicie między godz. 10—12 z rana u chorych szpitalnych, znajdujących się w jednakowych zupełne warunkach życia i przy jednakowem pożywieniu.

Obliczanie ciałek krwi dokonywano za pomocą przyrządu Thoma-Zeissa, używając do rozcieńczenia krwi w pier-

[1]) Cytowane w podręczniku fizyjolog. Hermana T. IV. — [2]) *Blutveränderungen bei der Anämie der Syphilitischen.* Dorpat 1889, refer. w *Archiv. f. Derm. u. Syphil.*

wszych badaniach roztworu fizyjologicznéj soli, następnie zaś płynu Hayema[1]). Większość badań dokonaną została przy rozcieńczeniu płynem Hayema. Płyn ten lepiéj aniżeli roztwór soli konserwuje ciałka krwi; białe ciałka w płynie tym wybitnie wyróżniają się od czerwonych krążków, to też równocześnie można i jedne i drugie liczyć. Tak zwane płytki Bizzozery bardzo wyraźnie w płynie tym występują, nie zlepiają się w placiki i dają się łatwo obliczać. Przy nastawieniu preparatu baczyliśmy zawsze na następujące okoliczności: staraliśmy się zawsze, żeby kropla puszczona z przyrządu do mięszania, po przykryciu szkiełkiem pokrywkowem, zajmowała albo ściśle środek krążka szklanego z podziałkami, albo cały krążek, lecz żeby nigdy nie dostawała się ani do rowka, ani tembardziéj pod szkiełka pokrywkowe na obwodzie. Unikaliśmy zawsze tworzenia się małych pęcherków powietrza w badanéj cieczy pod szkiełkiem pokrywkowem. Unikaliśmy również przesuwania raz położonego szkiełka pokrywkowego, gdyż tym sposobem często powstaje niejednostajne ułożenie się ciałek krwi. Nakoniec baczyliśmy, aby szkiełko pokrywkowe szczelnie przylegało aż do wystąpienia barwnych kół Newtona, gdyż tym sposobem kamera ma dopiero wymiar $^1/_{10}$ mm. głębokości.

Chcąc uczynić liczby jaknajprawdopodobniejszemi, obliczaliśmy czerwone krążki za każdym razem na 200 kwadracikach, białe zaś na wszystkich 400. Tym sposobem podług teoryi rachunku prawdopodobieństwa błąd wyliczenia był mniejszy, aniżeli 2%. Mniejsze prawdopodobieństwo daje przyjęty przez nas sposób obliczania białych ciałek, już ze względu na otrzymywane niewielkie liczby. Chcąc osiągnąć możliwe tutaj prawdopodobieństwo, należałoby używać innego przyrządu do mięszania w stosunku 1 : 10, jaki podał Thoma[2]) i stosować rozczyn $^1/_3$% kwasu octowego. Wtedy liczby otrzymalibyśmy 300 razy większe, a samo prawdopodobieństwo byłoby większe w stosunku do pierwiastku kwadratowego tego powiększenia, mianowicie 4·47 razy. Lecz sądzę, że możliwy błąd będzie i przy naszem liczeniu niewielki, a oszczędzamy sobie raz tyle pracy. w tem żmudnem badaniu, jakiem jest liczenie ciałek krwi.

Równocześnie z czerwonemi i białemi ciałkami obliczaliśmy w ostatnich kilkudziesięciu badaniach i liczbę płytek Bizzozery na 200 kwadracikach.

Do określenia ilości hemoglobiny używaliśmy przyrządu Fleischla (haemoglobinometr). Badanie przyrządem tym nie daje bezwzględnéj wartości, jednakże przy porównawczem badaniu rezultaty te, choć względne, mają jednak wielką wartość kliniczną. Pamiętać jednak i tu potrzeba o pewnych środkach ostrożności. Badanie wykonywać powinien zawsze jedna i ta sama osoba, oświetlenie sztuczne powinno być zawsze jednakowéj siły, nie mówiąc już o dokładnem wypełnieniu rurki kapilarnej, o zewnętrznem jej oczyszczeniu, a to w celu, żeby zawsze jednę i tę samą ilość krwi poddawać badaniu. Żeby uniknąć zmętnienia w przyrządzie wodnego rozczynu krwi, należy zaraz po zebraniu krwi zanurzyć w wodę rurkę kapilarną. W razie otrzymania mętnego rozczynu, nie radzę dodawać nigdy, jak to proponował Leichtenstern, małéj ilości rozczynu ługu sodowego, gdyż podobny dodatek, jakkolwiek klaruje ciecz, zmniejsza równocześnie i stopień jej zabarwienia.

Badanie białych ciałek dopełnialiśmy jeszcze oglądaniem suchych barwionych preparatów. Krew cienko zebraną na szkiełku pokrywkowem pozostawioną była do zupełnego wyschnięcia na powierzchni. Następnie tak wysuszone szkiełko przeciągaliśmy kilka razy przez płomień lampki spirytusowéj i dopiero wkładaliśmy do płynu barwiącego. Barwiliśmy albo w wodnym rozczynie fijołka gencyjanowego, albo w płynie Ehrlicha, albo robiliśmy podwójne barwienie eozyną i fijołkiem gencyanowym. W płynie Ehrlicha[1]) szkiełka pozostawały 5 — 6 godzin, a nawet więcej, następnie wymyte i wysuszone były badane pod mikroskopem w olejku terpentynowym. Przy podwójnem barwieniu kładliśmy wysuszone szkiełka do mocnego roztworu eozyny w glicerynie, w którym szkiełka pozostawały 6 — 15 godzin, następnie przemyte wkładane były na jednę minutę do rozczynu wodnego fijołka gencyanowego[2]). Przy obu ostatnich sposobach barwienia, oprócz zachowania się jąder, mogliśmy spostrzegać i ciałka eozynowe Ehrlicha. (C. d. n.)

II. O napadzie apoplektycznym.

Przez

Prof. Dra Adamkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Wysokie parcie żylne przeszkadza dopływowi krwi do naczyń włosowatych i nie dozwala odżywienia tychże elementów krwią tlen zawierającą. W końcu zawartość rozszerzonych żył dochodzi, jak to łatwo wykazać można, do serca prawego i utrudnia działanie jego.

Parcie wyższe mózg znosi, ale tylko na ograniczonéj przestrzeni, albowiem istota mózgu jest ściśliwą, a przy ucisku miejscowym ogólne krążenie krwi w mózgu nie cierpi. Ale nie znosi on podwyższenia parcia działającego na całą treść czaszki. I nie może być parcie wyższe w czaszce, niż parcie, które istnieje w stosunkach prawidłowych, w przeciwnym bowiem razie natychmiast przychodzi do zejścia śmiertelnego. To parcie prawidłowe jest bardzo małe i dochodzi tylko do 5—15 mm. Hg. Jakże dziwnem jest mniemanie autorów (Bergmanna, Leydena i Wernickiego) w przeciwstawieniu do rzeczywistości, jakoby w czaszce parcie potrzebowało się podnieść do 150—200 mm. Hg., aby wywołać utratę przytomności!

Wernicke powołuje się na stare doświadczenia, według których wtłaczanie płynu do czaszki o parciu 130 mm. Hg. miało wywołać oszołomienie zwierząt! Doświadczenia takie opisują Leyden i Pagenstecher, lecz są one źle tłomaczone. Można bezwątpienia u zwierząt wywołać utratę przytomności, jeśli przez otwór trepanacyjny będziemy w czaszkę wtłaczali płyn w sile 130 mm. Hg. Ale ta siła nie przed-

[1]) Skład płynu Hayema: *Hydraryg. bichl. com. 0,5, Natrii sulfor. 5,0, Natrii chlor. 2,0 Aq. dest. 200,0.* — [2]) *Ueber die Zählnng der weissen Blutkörperchen. Virchows-Archiw.* 1882.

[1]) Skład płynu Ehrlicha: *Eosin. cryst. 0·5, Haematosylin. 2·0, Alcohol. absol. Aq. dest. Glycerin. āā 100·0, Ac. acet. glac. 10·0, Alumin. 2·1.* — [2]) Sposób ten podany został przez Müllera i Riedera w pracy: *Ueber Vorkommen und klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen in zirkulirendem Blute des Menschen. Deut. Arch. f. klin. Med* 1891 r. Zmieniliśmy go o tyle, że zamiast w hematoxylinie podbarwiliśmy w fijołku gencyjanowym.

stawia tego napięcia, które ma płyn wtłaczany w czaszkę, lecz siłę, jakiéj użyć musimy, aby nadać płynowi w czaszce tylko to niskie parcie znajdujących się tam żył. Z drugiéj strony można udowodnić, że krążenie krwi żylnéj nie ulega zmianom, jeżeli zwierzęciu będziemy wtłaczali płyn nawet o parciu 200 mm. Hg., że nie wystąpi wtedy napad apoplektyczny, lecz co najwięcéj lekkie objawy podrażnienia, *nystagmus* i lekkie drgawki mięśniowe. To osiągnąć jednak można nie wtedy, jeżeli płyn przez otwór trepanacyjny będziemy wtłaczali o znanem parciu, albowiem przy tem doświadczeniu płyn wtłaczany, z powodu braku innego odpływu, uciska żyły, lecz jeżeli po oddzieleniu powłok czaszki, jak to późniéj dokładniéj opiszemy, otworzymy komórki mózgowe i jeżeli na takowe płynem o pewnem parciu zadziałamy. Używam[1]) do tego doświadczenia tego samego sposobu, jakiego użyłem w doświadczeniach o tak zw. „parciu mózgowem“, i na innem miejscu dokładnie opisałem i na rysunku przedstawiłem.

Strumień wody, który wychodzi z strzykawki uciskanéj z całéj siły na odkryte części mózgu, nie jest w stanie wywołać napadu apoplektycznego.

Inne tłomaczenie, które odnosiło się do wyjaśnienia tak zw. schoku, chciano wyzyskać na tłomaczenie napadu apoplektycznego.

Duret wykazał, że przy silnem wtłaczaniu płynu w jamę czaszki występuje utrata przytomności i oszołomienie u zwierząt, i że przy sekcyi można wykazać rozszrzeń komórki czwartéj i pęknięcia na jéj podstawie.

Zupełnie zbyteczną jest rzeczą wykazać, że te doświadczenia nic nie mają wspólnego z apopleksyją i naturalnie żadnego wyjaśnienia nam o niéj nie dają.

Pozostaje nam jeszcze jedna hypoteza, która jakkolwiek nam nie wyjaśnia napadu apoplektycznego w ogólności, to jednak ma nam wykazać przyczynę tych objawów, które występują przy insulcie apoplektycznym po embolii. Już Wernicke[2]) daje nam mechaniczne wyjaśnienie insultu, powstałego z powodu embolii. Sądzi on, że przez nagłe zamknięcie wielkiego naczynia w mózgu odpowiednia tkanka mózgowa odżywiana przez to naczynie staje się nagle ubogą w krew i „zapada się“. A reszta mózgu chcąc zająć miejsce wolne powstałe przez to zapadanie, „rozdziera się“, a ponieważ to nagle występuje, to jeszcze większe uszkodzenia wywołuje aniżeli krwotok, przy którym dłuższego potrzeba czasu.

Trudno jest brać tę teoryję na seryjo!

Zapadać się może tylko tkanka, która w zwykłych warunkach jest rozciągniętą. Dlatego zapada się płuco przez parcie pozaopłucnowe, jeżeli otworzymy klatkę piersiową.

Równie mało jak tkanka mózgowa może się zapadać, równie mało może się ona rozciągnąć, nie posiada bowiem ani elastyczności ani rozciągliwości. Ponieważ tkanka płucna posiada te własności, dlatego przy zamknięciu oskrzela wytwarza się rozciąganie tkanki sąsiedniéj, obok atelektazy tkanki zaopatrywanéj przez to oskrzele, — rozedma zastępcza. Zdaje mi się, że Wernicke miał na myśli stosunki w klatce piersiowéj, gdy pisał o mózgu.

Ale obok tego, że mózg z płucem pomięszał co do elastyczności i rozciągliwości, zapomniał jeszcze o okoliczności

[1]) *Stzgsber. der kais. Akad. d. W. zu Wien.* 1890. — [2]) *Deutsche med. Wochenschr.* 1879, S. 343.

może najważniejszéj. Jeżeli po zamknięciu jednego oskrzela część płuca zaopatrywana przez nie powietrzem zapada się, a część sąsiednia się rozdyma, to jestto nietylko fizycznem następstwem elastyczności i rozciągliwości płuca, ale to jest wywołane i tą okolicznością, że 1) między płucem a ścianą klatki piersiowéj istnieje parcie ujemne, zmieniając się podczas wdechu i wydechu od 7 do 30 mm. Hg., i że 2) do obszaru zatkanego oskrzela ani jeden atom powietrza dostać się nie może.

Albowiem wszystkie oskrzela od początku do końca nigdzie ze sobą nie komunikują. Uszło to uwagi autora, że najmniejszych śladów podobieństwa stosunków nie ma w czaszce.

Na powierzchnię mózgu nietylko nie działa żadne parcie ujemne, lecz powierzchnia mózgowa pozostaje pod wpływem parcia choć małego, to jednak dodatniego o kilku mm. Hg. Dochodzi ono według moich doświadczeń do 5—15 Hg. Wernicke sam wspomina o 8—10 mm. H_2O a mimo to przypuszcza, że tam istnieje parcie ujemne.

A potem nie zachowują się naczynia mózgowe co do komunikacyi tak, jak oskrzela w płucach; one posiadają liczne anastomozy i dlatego w chwili zatoru większego naczynia mózgowego wypełnia się obszar przez to zatkane naczynie odżywiany zupełnie krwią z sąsiedztwa. Jakżeż może się zapadać tkanka mózgowa? Jakież to zagadkowe siły mają działać na to, aby sąsiednie części tkanki mózgowéj się rozdymały, jeżeli one najmniejszéj nie posiadają fizycznéj własności, aby były w stanie to uczynić!

W najnowszym czasie Geigel daje nam nowe tłomaczenie insultu apoplektycznego. Geigel wychodzi z tego zapatrywania, że utrata przytomności, która towarzyszy insultowi apoplektycznemu, nie może być inaczéj tłomaczoną, jak uszkodzeniem całéj istoty mózgowéj a przynajmniéj większéj jéj części. Przy każdym insulcie musi, tak Geigel tłomaczy, według naszych dzisiejszych zapatrywań istota szara mózgu być siedzibą zmian, jeżeli w ogóle przychodzi do napadu apoplektycznego.

Aby więc wykazać, co się dzieje przy zatorowaniu jednéj tętnicy mózgowéj z innemi tętnicami mózgowemi, skonstruował Geigel następujący przyrząd: dwie rury kauczukowe pozostające w związku z dwoma naczyniami o pewnem parciu, a kończące się ostro zakończonemi szklanemi rureczkami przechodzą przez flaszkę Woulfa, hermetycznie zamkniętą i wypełnioną wodą, a posiadają one własność, że mogą treść swoję wypróżniać na sposób fontany. Jeżeli się teraz uciśnie jedną rurkę, to opada chwilowo i parcie w drugiéj rurce. A powstaje to przez to, że nagle zamknięta rura kauczukowa ściąga się i wywiera na drugą parcie ssące. Nagłe rozszerzenie się światła w téj ostatniéj jest naturalną przyczyną opóźniania się prądu wody. W ten sposób, sądzi Geigel, musi nagłe zamknięcie jednéj tętnicy mózgowéj działać na inne i wywołać ogólne „*Adiämorrhysis cerebri*“.

Ale i temu doświadczeniu brak *tertium comparationis*. Czaszka nie jest flaszką Woulfa, mózg nie jest płynem i naczynia krwionośne nie są rurami kauczukowemi.

Naczynia są to organa o skomplikowanych ścianach i posiadają fizyjologiczne własności, na mocy których różnią się od praw, które do rur elastycznych dają się zastosować i na mocy własności tych fizyjologicznych regulują prąd krwi i zupełnie od zwykłych praw fizycznych i ich wpływów nie są zawisłe.

Przypominam zwiększony podwójnie dopływ krwi do tętnicy nerkowéj, jeżeli druga zostanie podwiązaną. Jeśli jedna *carotis* zostanie zamkniętą, to parcie krwi nie opada i nie zmniejsza się dopływ krwi do mózgu, jak to Geigel sądzi, lecz drożna *carotis* przyjmuje działanie tamtéj na siebie i zaopatruje mózg ilością krwi obydwóch, a ta siła regulacyjna naczyń mózgowych jest tak wielką, że można obie *carotis* i jedną *vertebralis* podwiązać bez najmniejszego naruszenia funkcyi mózgu. Hypoteza Geigla nie dostarcza zatem żadnego tłomaczenia co do insultu apoplektycznego.

Tak więc dotychczas nie znachodzimy wyjaśnienia co do zbioru objawów napadu apoplektycznego.

Jeżeli się odważam podać inne tlómaczenie insultu apoplektycznego, to nie robię to dlatego, aby właśnie obecną lukę pod tym względem wypełnić, tylko z téj przyczyny, że powyższe zapatrywanie Wernickego, jedyne, które się utrwaliło, polega na znanéj dedukcyi staréj nauki o „ucisku mózgu“, ja zaś tę naukę uważam za fałszywą wraz z jéj wszystkimi wnioskami.

Jak już nadmieniłem, sądzi Wernicke, że utrata przytomności w apoplektycznym insulcie jest wynikiem nagłego podwyższenia się parcia w czaszce z 10 mm. H_2O na 150—200 mm. Hg. i że to podwyższenie prowadzi do zamknięcia naczyń krwionośnych mózgu, a ztąd do anemii mózgowéj.

Jak sądzę, wykazałem przez ścisłe doświadczenia, że wnętrze czaszki nie znosi w ogóle wyższego parcia od parcia fizyjologicznego płynu mózgo-rdzeniowego o 5—15 m. Hg. i że wszystkich tych zjawisk, które stara nauka objaśniła przez podwyższenie się parcia we wnętrzu czaszki, a ztąd przez anemiję mózgu, nie można wyjaśnić na drodze fizycznéj — lecz powstają one skutkiem podrażnienia i porażenia mózgu. Do tych zjawisk należą prócz *nystagmus*, prócz zaburzeń w akcyi serca, oddychania i prócz wymiotów, jeszcze *coma*. A ponieważ dla napadu apoplektycznego najważniejszym objawem jest właśnie *coma* i utrata przytomności, to musimy, jeżeli moje tłomaczenie t. zw. „objawów ucisku mózgu“ jest słuszne — udowodnić, że i napad apoplektyczny przychodzi do skutku przez drażnienie mózgu i w żadnym nie pozostaje związku z jakiemikolwiekbądź zmianami w parciu w czaszce.

A jeśli ten dowód się uda, to będzie on także ważnym ze względu na prawdziwość mego tłomaczenia o „objawach ucisku mózgu“. (Dok. nast.)

III. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

Bezwątpienia zwyrodnienie skrobiowate spojówki oka nie uszło uwagi dawnych badaczy, jakkolwiek opisali je pod innem mianem. W podręczniku Cheliusa napotykamy opisy dwóch form cierpień spojówki. Pierwszą nazywa on „*Encanthis fungosa*“; ma ona zależeć na powiększaniu znacznem mięska łzowego, które się składa jakby z osobnych płatów, barwy białawéj lub szarawéj. Rozrost zajmuje również fałd półksiężycowy, nadto górny i dolny fałd przejściowy. Drugą formę opisuje Chelius pod nazwą „łagodnego grzybiastego zwyrodnienia spojówki; powstaje ono w postaci odosobnionych, miękkich, bladoczerwonych wałków, które ciągle się powiększając łączą się ze sobą, tworząc masę miękką a nieprawidłową, barwy ciemno-czerwonéj lub fijoletowéj. Wskutek ciśnienia przez powieki wywieranego, masa skierowuje się ku środkowi rogówki, która wskutek tego zupełnie jest przez nią przykrytą i staje się niewidoczną“. Wspomina także, że powieki znacznie mogą być powiększone i bardzo łatwo powstają krwotoki. Opisy te bardzo przypominają skrobiowate zwyrodnienie spojówki. Z podanego przez Stellwaga opisu „zwyrodnienia galaretowatego“ również przypuścić możemy, że i on spostrzegał zwyrodnienie skrobiowate. Zaliczyć też tu wypada opisany przez Alexandra (*Monatsbl. f. Augenheilk.* 1875, str. 329) przypadek zwyrodnienia prawéj dolnéj powieki, które za liszajowe uważa. Badania drobnowidowego nie dokonał, z opisu zaś przypadek najzupełniéj przypomina zwyrodnienie skrobiowate.

W r. 1876 Laskiewicz-Friedensfeld (*Monatsbl. f. Augenheilk.* str. 337) opisał przypadek, w którym, o ile się zdaje na gruncie jaglicowym, spojówka wybujała do granic nowotworu, jednocześnie spostrzeżono też przerost chrząstki. Obie powieki były bardzo obrzmiałe, spojówka chrząłki nierówną, pokrytą brodawkami barwy szarawo czerwonéj, którą to barwę przybierała również spojówka gałki; to samo wejrzenie miał fald półksiężycowy. Stosowano środki ściągające i rtęciowe preparaty, w końcu usunięto wszystkie narośle, bądź nożycami, bądź wyskrobano ostrą łyżeczką, poczem jednak ponownie powstały, powstały też i po zastosowaniu ciasta z chlorkiem cynku.

Jakkolwiek nazwę „rozlanéj jaglicy“ stosowano dawniéj do rozmaitych form, wszakże przypadki powyższe przedstawiały zbyt wiele cech odrębnych, chociaż na chemiczne oddziaływanie tkanek nie zwrócono na razie uwagi.

W r. 1871 v. Oettingen w Dorpacie pierwszy dowiódł, że na powiekach oka powstawać może sprawa skrobiowata, bynajmniéj nie wywołana przez zaburzenia w całym organizmie i opisał dwa takie przypadki w klinice Uniwersytetu Dorpackiego spostrzegane, o których obszerniéj mówi Kyher. Odtąd w literaturze napotykamy coraz więcéj opisów podobnych i obecnie mamy co najmniéj 39 przypadków. Niejednokrotnie zbierano je w całość, zwłaszcza w trzech dorpackich rozprawach; przeto nie przytaczając spostrzeżeń z osobna, podam późniéj ogólny obraz cierpienia, oparty na dotychczasowych opisach i czterech przypadkach, przezemnie spostrzeganych, które opiszę szczegółowo. Najpierw jednak podam spis prac o zwyrodnieniu szklistem i skrobiowatem powiek traktujących.

1. v. Oettingen: Die ophthalmologische Klinik Dorpats in den drei ersten Jahren ihres Bestehens. Dorp. med. Zeitschrift. Bd. II, str. 49, 1871.

2. E. Kyher: Studien über die amyloide Degeneration. Diss. Dorpat 1871.

3. Vogel: Ueber Perichondritis des Tarsalknorpels. Diss. Bonn 1873.

4. Th. Leber: Ueber amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Ophthalm. XIX, I, 1873.

5. Mooren: Ophthalm. Mittheilungen aus d. Jahre 1873. Berlin 1874.

6. Jodko-Narkiewicz: Trzecie sprawozd. z Instytutu oftalm. z r. 1873.

7. E. J. v. Becker: Amyloid degeneration of tarsi. Finska Läkaresallskapets Handlingar. Bd. 17. 1875.

8. Braun: Pamiętnik Towarz. chirurgów w Moskwie 1875 (po ros.).

8. Reymond: Degenerazione amiloidea della congiuntiva. Annali di Oftalmol. IV, s. 349, 1875.

10. Kyll: Die amyloide Degeneration der Conjunctiva. Diss. Bonn 1876.

12. Stroehmberg: Ein Beitrag zur Casuistik der amyloiden Degeneration an den Augenlidern. Diss. Dorpat 1877.

12. Quaglino i Guaita: Contribuzione alla storia clinica et anatomica dei tumori intra et extraoculari. An. di Ottalm. VI. 8, s. 163.

13. Narkiewicz-Jodko: Ważniejsze wypadki z Instyt. oftalm. z r. 1877. Gazeta Lekarska 1878.

14. C. S. Bull: Sarcoma of the conjunctiva, amyloid infiltration and degeneration. New York med. Record. XVI, I, s. 307, 1878.

15. Mandelstamm i Rogowitsch: Ein Fall von Amyloid der Conjunctiva bulbi et palpebrarum. Arch. f. Ophth XXV, I. 1879.

16. Th. Leber: Ueber die Enstehung der Amyloidentartung etc. Arch. f. Ophtalm. XXV, I. 1879.

17. v. Hippel: Ueber amyloide Degeneration der Lider. Arch. f. Ophtalm. XXV, 2, 1879.

18. Die Amyloidtumoren der Conjunctiva. Diss. Dorpat 1879.

19. Adamiuk: O zwyrodnieniu skrobiowatem powiek. Sprawozdania z posiedzeń Tow. lekarskiego w Kazaniu. Nr. 3, 1880 (po ros.).

20. Raehlmann: Zur Lehre v. d. Amyloiddegeneration der Conjunctiva. Arch. f. Augenheilk. X, 2. 1881.

21. Tenże: Ueber amyloide u. hyaline Degeneration der Conjunctiva. Virchows Archiv. Bd. 87, s. 325, 1882.

22. Tenże: Amyloiddegeneration of the cyclids. Arch. opht New-York XI, str. 446, 1882.

23. Th. Kubli: Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren. Arch. f. Augenheilk. X, 2, Diss. 1882.

24. J. Talko: Szkliste i mączkowate zwyrodnienie. Pam. Tow. lek. warsz. Zeszyt 3. 1882.

25. Businelli: Caso di degenerazione amiloido del tessuto peritarsale. Annali di ottalm. s. 532, 1882.

26. Kamocki: Szkliste zwyrodnienie łącznicy. Gaz. Lekarska Nr. 19 i Centralbl. für prakt. Augenheilk. März 1886.

27. Porywajew: Przypadek szklisto skrobiowatego guza spojówki. Wiestnik oftalm. 1886 (po ros.).

28. Vossius: Ueber die amyloide Degeneration der Conjunctiva. Beiträge zur pathol. Anatomie u. allg. Pathologie. Bd. IV, 1888.

29. Vossius: Ueber die hyaline Degeneration der Conjunctiva. Beiträge zur pathol. Anatomie u. allg. Pathologie. Bd. V. 1889.

Przytoczę teraz cztery własne spostrzeżenia.

Przypadek 1-szy. 43-letni zdrowy mężczyzna, silnéj budowy, nie przypomina sobie, by kiedykolwiek ulegał znaczniejszym cierpieniom. Rady méj zasięgał po raz pierwszy w początku lipca 1887 r. Stan był następujący. Prawe oko: rogówka i białkówka zupełnie prawidłowe, na górnym fałdzie przejściowym w okolicy obu kątów drobne ziarniny, w środku zaś na spojówce chrząstki obfite drobne blizny. Na zgrubiałym dolnym fałdzie przejściowym były ułożone w kilka szeregów torebki limfatyczne, wydzielina nie obfita. Lewe oko: rogówka i białkówka prawidłowe, górna powieka nieznacznie opadnięta, przy namacywaniu brzeg oczodołowy jéj chrząstki jest położony wyżéj niż brzeg ten lewéj górnéj chrząstki, jednocześnie czuć się daje zgrubiałość tego brzegu, chociaż gładka i jednostajna wzdłuż całéj chrząstki. Powieka łatwo daje się odwrócić a wtedy widzimy, iż przez całą długość fałdu przejściowego przechodzi bruzda, która dzieli go na dwa kawałki: grubszy przedni i znacznie węższy tylny. W obrębie chrząstki spojówka jest prawidłową, w okolicy zaś fałdu przejściowego znacznie zgrubiałą, barwy żółtawo-czerwonéj. Dolna powieka również jest cokolwiek powiększoną, spojówka chrząstki prawidłowa, barwy prawie czerwonéj, bez śladu ziarnin. Po dwudniowym pobycie w mieście chory usunął się od obserwacyi i ponownie widziałem go dopiero w rok późniéj. W prawem oku znalazłem mniéj lub więcéj to samo co dawniéj, w lewem oku przeciwnie bardzo znaczne nastąpiły zmiany. Obie powieki były zgrubiałe, wypukłe i jakby wysunięte ku przodowi, na powierzchni ich widoczne były rozszerzone żyły. Szpara powiek miała w środku zaledwie 4 mm. szerokości, przy największem natężeniu chory rozszerzał ją tylko do 7 mm. Skóra powiek byłk zresztą przesuwalną i zupełnie prawidłową. Brzegi oczodołowe chrząstek bardzo zgrubiałe, rzęsy położone prawidłowo, wydzielina nie obfita. Po odciągnięciu powiek spostrzegamy, że spojówka gałki jest jednostajnéj, ciemno-czerwonéj barwy, z odcieniem fijoletowym, powierzchnia jéj gładką, bardzo lśniącą i znacznie zgrubiałą, nadto nasuwa się dokoła na rogówkę, tworząc na niéj wałek kręgowy, grubości około 1 mm., który znów tak daleko jest posunięty na rogówkę, iż średnica nieprzykrytej jéj części wynosiła zaledwie 4 mm. Zmian w saméj rogówce żadnych zresztą nie było, $V = {}^{20}/_{20}$. Mięsko łzowe i fałd półksiężycowy znacznie powiększone, barwy również czerwono-fijoletowéj. Górną powiekę udało się odwrócić tylko z największą trudnością. Spojówka chrząstki zgrubiała, barwy ciemno-czerwonéj, ku brzegowi oczodołowemu chrząstki i w obrębie fałdu półksiężycowego zgrubiałość jeszcze znaczniejszą się staje, spojówka zaś przybiera barwę bardziéj fijoletową, stając się jednocześnie więcéj przejrzystą. Oba wałki w obrębie fałdu górnego powstałe znacznie były większe, niż przy pierwszych oględzinach. Dolną powiekę również tylko z największą trudnością udało się odwrócić. W pobliżu brzegu rzęskowego, w obrębie 2 mm. spojówka była prawidłową, daléj ciemno-czerwonéj barwy, w okolicy zaś bardzo zgrubiałego fałdu przejściowego, w pasie 0.5 ctm. szerokości mającym, na czerwono-fijoletowem tle znajdowały się liczne utwory, nie wzniesione nad poziom spojówki, wielkości każdy 1—2 mm., wyglądające jak rozgotowane ziarnka sagowe. Gdy w miesiąc późniéj widziałem chorego, znalazłem w gruncie rzeczy to samo, tylko spojówka tak dalece przykryła rogówkę, że średnica nieprzykrytéj części wynosiła tylko 2 mm.

Nie wątpiąc, ze mam do czynienia ze zwyrodnieniem co najmniéj szklistem, przystąpiłem do wycinania częściowego zwyrodniałych części spojówki i najpierw zacząłem od części przykrywających rogówkę. Gładką gałąź nożyczek wprowadzałem pod wałek aż do brzegu rogówki w kierunku promienia jéj i rozcinałem wałek, drugie cięcie wykonywałem w tym samym kierunku, w odległości 2 mm. od pierwszego, wycięty płat podnosiłem ku górze ostrym haczykiem [1]) i odcinałem je wreszcie nożyczkami. W ten sposób z wałka wyciąłem tylko sześć kawałeczków, w ciągu pięciu tygodni, w tydzień zaś późniéj nietylko cała rogówka była zupełnie swobodną, lecz nadto dokoła niéj otrzymałem zupełnie białą, całkowitą obrączkę, około 4 mm. szeroką. Następnie wycinałem cząstki wielkości 2—3 mm. z obu fałdów przejściowych, za pomocą ostrych nożyczek i haczyka, późniéj z równikowéj okolicy, w końcu ze spojówki dolnéj powieki i z okolicy mięska i fałdu półksiężycowego, które zresztą całkowicie prawie wyciąłem. Przed i po każdem wycinaniu starannie wymywałem worek spojówkowy 3% rozczynem kwasu borowego lub $^{1}/_{10}$% sublimatu, późniéj zasypywałem worek jodoformem. Lekki opatrunek chory nosił tylko w ciągu trzech dni, gdyż takiego tylko czasu wymagało gojenie. Podrażnienia nigdy nie było.

Po upływie trzech miesięcy powieki wyglądały zupełnie prawie prawidłowo, nie były wydatne ku przodowi, szpara powiek miała szerokości 10 mm. czyli tylko o 3 mm. węższą była od prawéj. Spojówka gałki zupełnie była bladą. W górnym fałdzie przejściowym skrócenie prawie nie było widocznem, natomiast fałd dolny stał się znacznie krótszym wskutek zrostu pomiędzy oczodołową częścią spojówki chrząstki a spojówką gałki.

---

[1]) Szczypczyków nie mogłem użyć z powodu nadzwyczajnéj kruchości tkanki.

Na prawe oko cierpiał bardzo przed 12 laty przez całe dwa lata i leczono go wówczas przyżeganiami siarkanem miedzi, poczem „zapaleń“ nigdy już więcéj nie doświadczał. Lewe oko zupełnie było zdrowe do końca roku 1885, dopiero w początku 1886 r. zaczął doświadczać pieczenia i kłucia w lewem oku, zwłaszcza na wietrze. Zgrubiałość powieki spostrzegł dopiero z początkiem lata. Dane te z wywiadów otrzymane stwierdzają poniekąd dawniejszą jaglicę w prawem oku i ostatnie zwyrodnienie szkliste spojówki lewego oka.

Przypadek 2-gi. J. P., 28 letni mężczyzna, miernéj budowy. Z prawéj strony szyi blizny powstałe w wieku dziecięcym, wskutek ropienia gruczołów limfatycznych. Prócz nieznacznego nabrzmienia tychże w różnych częściach ciała, innych zmian chorobowych nie znalazłem. Prawe oko: rogówka i białkówka zupełnie prawidłowe, toż samo skóra, jakoteż spojówku dolnéj powieki. Górna powieka. skóra prawidłowa, spojówka chrząstki gładka, lecz obrzmiała, w okolicy fałdu przejściowego ma barwę z żółtawym odcieniem i jest bardziéj przejrzystą; ziarnin jaglicowych ani śladu. Lewe oko: rogówka i białkówka prawidłowe, dolna powieka prawidłowa, spojówka jéj przekrwiona, lecz nie obrzmiała. Górna powieka opadnięta tak, iż szerokość szpary powiek równa się w środku 8 mm., gdy w prawem oku 14 mm.; powieka z łatwością daje się odwrócić. Spojówka chrząstki cokolwiek przekrwiona i zgrubiała, zresztą prawidłowa, jaglicy ani śladu, wydzielina po nocy się tylko pojawia. W okolicy fałdu przejściowego zgrubiałość o wiele jest znaczniejszą, jednocześnie barwa przybiera odcień fijoletowy, tkanka znów staje się bardziéj przejrzystą.

Po zadaniu kokainy ściąłem nożycami fałd przejściowy wraz z przyległą częścią chrząstki. Kawał wycięty miał w środku przeszło 5 mm. szerokości; przy postępowaniu w poprzednim przypadku wskazanem gojenie nastąpiło w ciągu kilku dni, bez żadnych oznak zapalenia. Po upływie 4 tygodni w wewnętrznéj połowie blizny w obrębie fałdu górnego powstałéj widoczny był wyrost w postaci fałdu (przy odwróconéj powiece) około 1 ctm. długiego a 2 mm. szerokiego; wyciąłem go powtórnie. Późniéj miałem chorego na oku w ciągu trzech miesięcy. Spojówka powieki była bladą nowych wyrostów już nie było, pozostawało tylko opadnienie górnéj powieki, które następnie operowałem według sposobu Graefego. W końcu szpara lewego oka tylko o 1 mm. węższą była niż w prawem oku, w okolicy fałdu przejściowego pozostała obszerna blizna, w pobliżu kąta zewnętrznego zrost powieki z gałką, o tyle wszakże nieznaczny, iż ruchom jéj bynajmniéj nie zawadzał. Według słów chorego, na oczy nigdy poprzednio nie cierpiał, od roku dopiero doświadczał niekiedy pieczenia w lewem oku. Obrzękłość górnéj powieki spostrzegł przed rokiem, a następnie stopniowo się ona zwiększała.

Przypadek 3-ci. 19 letnia dziewczyna, silnéj budowy, cieszy się kwitnącem zdrowiem. Prawe oko, rogówka i białkówka zupełnie prawidłowe, spojówka dolnej powieki przekrwiona, wydzieliny niema żadnéj. Górna powieka cokolwiek obrzękła w okolicy brzegu oczodołowego chrząstki; po odwróceniu powieki widzimy przekrwioną, lecz bynajmniej nie zgrubiałą spojówkę chrząstki, w obrębie zaś fałdu przejściowego spojówka jest znacznie obrzękłą. Lewe oko: białkówka i rogówka również zupełnie prawidłowe, dolna powieka przekrwiona, wydzieliny żadnéj. Górna powieka opadnięta o 3 mm., niżéj brzegu prawéj górnéj, jest znacznie obrzękłą, szczególniéj w okolicy brzegu oczodołowego. Przy namacywaniu obrzękłość ta jest gładką, bynajmniéj nie twardą i jednostajną wzdłuż całego brzegu; powieka łatwo daje się odwrócić, spojówka chrząstki jest przekrwiona, ku górze widoczną się staje obrzękłość jej, w obrębie zaś fałdu przejściowego obrzękłość się wzmaga, spojówka przybiera barwę zżółkłego sadła. Dokonane wymiary szerokości odwróconéj górnéj powieki w środku jéj dały dla prawego oka 12 mm. dla lewego 17 mm. Za pomocą nożyc Cowpera ściąłem cały fałd przejściowy wraz z górnym brzegiem chrząstki; szerokość części wyciętéj wynosiła w środku przeszło 7 mm., grubość przeszło 4 mm. Przy postępowaniu, o którem wyżéj była mowa, gojenie nastąpiło w ciągu kilku dni, bez żadnego zapalenia. W sześć tygodni po operacyi w wewnętrznéj połowie blizny w obrębie fałdu powstałéj, mianowicie w jéj tylnéj części, spostrzegłem początek rozrostu tkanki, który we dwa tygodnie późniéj przedstawiał się w postaci fałdu, barwy bladożółtawéj, długości 8 mm., a szerokości 4,5 mm.; ściąłem go też ponownie. Od tego czasu upłynęło już przeszło rok i pięć miesięcy, a nowe narośle nie powstawały. Pozostało tylko opadnięcie górnéj powieki, które wypadnie usunąć drogą operacyjną. Spojówkę górnego fałdu przejściowego prawego oka smarowałem przez długi czas codziennie kawałkiem ałunu, a obrzękłość jéj fałdu, jeśli się nie zmniejszyła, to w każdym razie w ciągu półtora roku, przez które chorą ciągle miałem na oku, bynajmniéj się nie zwiększyła.

Chora utrzymuje, iż poprzednio nigdy na oczy nie cierpiała, tylko na pięć miesięcy przed udaniem się do mnie zaczęła doświadczać kłócia w oczach, jednocześnie dostrzegła, że lewa górna powieka brzęknąć zaczyna.

Przypadek 4-ty. 38 letnia kobieta, wątłéj budowy, lecz zupełnie zdrowa, zasięgała méj rady w kwietniu roku 1888, cierpiąc na oczy od lat 20-tu. Prawe oko: na spojówce obu powiek obszerne blizny, rzęsy prawidłowo położone; na rogówce w górnym wycinku obszerne zamglenie, bez śladu naczyń; zmniejszające się stopniowo ku środkowi źrenicy. Wydzieliny nie ma wcale. Lewe oko: szpara powiek ma w środku zaledwie 3 mm. szerokości, długość jéj prawidłowa. Na rogówce trzy rany nie głębokie około 1 mm. szerokości, spojówka gałki blada. Na dolnéj powiece, prawidłowéj co do wymiarów, spojówka chrząstki zawiera liczne blizny powierzchowne. Górna powieka opadnięta, rzęsy zupełnie podwinięte. Przy namacywaniu, o 0,5 ctm. wyżéj brzegu powieki, w pasie również 0,5 ctm. szerokości mającym, jest chrząstka zgrubiałą i guzowatą. Odwrócenie powieki udaje się wprawdzie, chociaż z wielką trudnością. Spojówka chrząstki ma jednostajną blado-różową barwę, tylko w obrębie bardzo wązkiego pasemka, przeszło o 5 mm. wyżéj brzegu położonego, ma barwę żółtawą ku fałdowi przejściowemu przechodzi w prawidłową, przy dotknięciu sondą jest twardą, lecz sprężystą. Chora utrzymuje, że górna powieka opadła przed 4 laty, że poprzednio wzrok w tem oku lepszy był niż w prawem; od roku przeszło doświadcza ciągłego kłócia i szarpania w oku, jednocześnie spostrzegłem podwinięcie rzęs. Domagała się też niezwłocznego wykonania operacyi podwinięcia rzęs, gdy zaś życzeniu jéj na razie zadośćuczynić nie mogłem, znikła mi z oczu. Zobaczyłem ją znów dopiero we dwa miesiące późniéj. Udała się do jednego z kolegów miejscowych, który wykonał operacyję Cramptona. Po téj operacyi aż dwa tygodnie trwać miało „silne zapalenie“ Podwinięcie rzęs pozostało jak dawniej, bodaj czy nie znaczniejszem nawet było, rzeczą jest wszakże godną uwagi, iż objętość powieki po téj operacyi stanowczo uległa zmniejszeniu. Wysokość cięć bocznych przy operacyi była nieznaczną, natomiast chrząstkę wraz ze spojówką rozcięto w kierunku nie poziomym, lecz znacznego łuku zwróconego ku górze. Z powodu iż podwinięcie bardzo było znacznem, rany zaś na rogówce znacznie się zwiększyły, postanowiłem wykonać operacyję Snellena, zastosowawszy ją w ten sposób, by jednocześnie usunąć zwyrodniałą część chrząstki. Wyciąłem też z chrząstki trójgran, którego ku przodowi zwrócona podstawa miała przeszło 6 mm. szerokości, ku tyłowi zaś wyciąłem ze spojówki pasemko szerokości około 2 mm. nadto ze skóry, któréj na powiece znaczny był nadmiar, wyciąłem fałd w środku około 7 mm. szerokości mający. Gdy wykonywałem cięcie w chrząstce, uczułem pod nożem ciało twarde, jakby kamień. Za pomocą szczypczyków wyjąłem też przejrzysty prawie kamień, kształtu owalnego około 2 mm. długości mający. Przypuszczając istnienie większéj ilości kamieni, zacząłem ostrożnie szukać ich szczypczykami. W istocie kierując się bardzo znacznie ku górze, wydobyłem jeszcze cztery kamienie tych samych mniéj więcéj wymiarów. Ponieważ obrażenie tkanek bardzo znacznem było, przemyłem przeto ranę starannie wodą karbolową, po wprowadzeniu zaś

nitek dla szwów (poprzednio wygotowanych w sublimacie) przesypałem jodoformem, wreszcie opatrunek zastosowałem ściśle przeciwgnilny; nitki usunąłem po upływie dwóch dni. Ropienia wcale nie było, po upływie zaś czterech dni chora pozostawała bez opatrunku codziennie na czas dłuższy. Położenie rzęs już na razie było prawidłowem, rany na rogówce zaczęły się goić. Po upływie miesiąca opadnięcie powieki o tyle się zmniejszyło, iż szerokość szpary w środku jéj równała się 9 mm., objętość całéj powieki znacznie się zmniejszyła. W miejscu ran na rogówce pozostały trzy powierzchowne plamy: $V = {}^{20}/_{70}$. Widząc chorą w rok późniéj spostrzegłem jeszcze pewne zmniejszenie powieki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Anatomija patologiczna.

J. Mitvalsky: **Przyczynek do patologii ograniczonych torbieli skórzakowych.** (Wiesbaden, 1891, str. 88, z 2-ma podwójnemi chromotablicami).

Monografija ta jest wynikiem nadzwyczaj szczegółowo histologicznie zbadanych 14 przypadków torbieli skórzakowych, wyłuszczonych w klinice prof. Schöbla. Najwięcéj (12) było takich, które w swych workach zawierały folikuły włosowe i włosy, oraz łojowe i potne gruczołki. Nie należy uważać torbieli skórzakowych za twory identyczne z kaszakami, a co dotąd robią niektórzy klinicyści (n. p. Wecker). Lebert pierwszy (1858) odróżnił takowe, poczem stwierdził to Förster i inni. Torbiele skórzakowe są wrodzone, wskutek embryjonalnego zawrotu skóry, zarośnięcia utworu z zastępczem odsznurowaniem worka; kaszak wyrasta w późniejszym wieku wskutek obliteracyj i zarośnięcia przewodu łojowego gruczołka. Pierwszy pokryty zwykle bywa skórą, mięśniem, leży blizko kości i często przyrasta do okostnéj; drugi — jako torbiel retencyjny — umieszcza się pod skórą nad mięśniem, nigdy nie spostrzega się go w oczodole, gdy przeciwnie skórzaki często wytwarzają się w jamie oczodołowéj. Torbiele skórzakowe nierzadko spostrzegamy pod postacią t. zw. oleistych torbieli (*Kystes prélacrymaux* Verneuila, *Kystes huileux*).

Torbiele skórzakowe zachowują całkowitą budowę skóry i jéj części składowych i podobnie jak skóra mogą być miejscem rozmaitych spraw patologicznych (tkanka granulacyjna, limfoid. folikuły, wytwarzanie się chrząstek i kości, *arteriitis*, *cystadenoma* potnego gruczołu itp.) Kaszak posiada nadzwyczaj prostą budowę: worek ze zbitéj tkanki łącznéj i epidermoidalna warstwowa treść, oraz tłuszcz; rzadko kiedy znajdujemy w nim włosek, należący do jedynéj torebki włosa, gdy przeciwnie mnóstwo skupionych rozmaitéj długości włosów przemawia za torbielem skórzakowym.

Podług Mikulicza ulubionemi miejscami tych ostatnich są: 1) zewn. górny brzeg oczodołu i oczodół, 2) kość skalista i sąsiednie części (mózg i jego błony); 3) korzeń nosa (glabella) i 4) okolica ciemienia wielkiego. Tłumaczy to okres embryjonalny życia człowieczego. Wiadomo, że głowa zarodka jest miejscem uwięzienia zewn. zarodkowego pęcherza w 3 miejscach: labirynt, soczewka i t. zw. *Riechgrübchen*, początek 3 wyższych narządów czucia. Dermoidy oczodołu i jego brzegu znajdują się w genetycznym związku z utworzeniem się przez uwięźnienie soczewki; derm. korzenia nosa — z połączeniem się wyrostków nosowych, kości czołowéj i górnéj szczęki, przyczem zapewne bierze udział i odsznurowanie się od „jamki węchowéj“.

Literatura przedmiotu rozbieranéj przez nas monografii dość już wielka — Szan. Kolega z nad Wełtawy zużytkował przy napisaniu pięknéj swéj pracy 43 źródeł i obcych spostrzeżeń. *Dr. J. Talko.*

Choroby wewnętrzne.

Hölscher (Wiesbaden): **O powikłaniach duru brzusznego.**

Autor zestawił z protokółów zakładu anatomo-patologicznego z lat od 1854—1890 2000 przypadków duru. Zmiany anatomiczne dzieli wedle Hoffmanna na miejscowe, ograniczające się na kępki Peyera i Jolikuły odosobnione i śledzionę. Następną grupę zmian stanowią zwyrodnienia miąższowe różnych narządów, jako skutek długotrwałéj gorączki. Z poprzednią w ścisłym związku pozostają zapalenia nerek, pęknięcia mięśni, pewne choroby nerwowe, skazy krwotokowe, puchliny, opady, zaczopy, zawały i zatory, — podczas gdy powikłania, jak: krwotoki kiszkowe, przedziurawienia jelit, zapalenie otrzewny z przebicia i samoistne, uważać należy za następstwo zmian głębszych, durowi właściwych. W dalszym ciągu istnieją powikłania powstałe z t. zw. zakażenia mięszanego, a tu należy: zapalenie płuc, opłucny, róża, ropienie tkanki podskórnéj, ropnie, zapalenie gruczołu przyusznego i zmiany dławcowe. Prócz tego istnieją komplikacyje zupełnie przypadkowe. Z liczby 2000 przypadków przebiegało 325 bez powikłań, a samo zakażenie durowe sprowadziło zejście śmiertelne, reszta zaś około 76% z powikłaniami i to w stosunku częstości: obrzęk płuc 15%, zwyrodnienia miąższowe 13%, zwyrod. tłuszczowe serca 13%, zwyrod. tł. wątroby 10%, nieżyt oskrzelowy 10%, zapalenie płuc nieżytowe 8%, zap. płuc dławcowe 7%, zawał krwawy płuc 6%, przedziurawienie jelit z *peridonitis* 6%, krwotoki jelitowe 5% obrzęk mózgu 5%, odleżyny 5%.

Jak widzimy nie ma narządu, na któryby jad durowy nie działał niszcząco. (*Wr. med. Presse* Nr. 16, 1891). *Dr. Ebersohn.*

Choroby kobiece.

Massin: **O zapaleniu błony śluzowéj śródmacicznéj w przebiegu ostrych, ogólnych chorób zakaźnych.**

Zapatrywania autorów co do zachowania się błony śluzowéj macicy w przebiegu chorób zakaźnych są nadzwyczaj sprzeczne. Sławiańsky obserwował w przebiegu cholery wybitne zapalenie błony śluzowéj, które u kobiet ciężarnych wywoływało poronienie, u nieciężarnych krwotoki maciczne. Przeciwnie Queizel nie widział nigdy w przebiegu cholery krwotoków, i przypuszcza, że zapalenie błony śluzowéj w przebiegu téj choroby nie występuje, chociaż przypuszczenie to opiera li tylko na spostrzeżeniach klinicznych a nie, jakby tego ścisłość naukowa wymagała, mikroskopowych. Autor badał drobnowidowo stan błony śluzowéj i warstwy mięsnej w 18 przypadkach. Z tych 12 zmarło na dur powrotny, 2 na zapalenie płuc dławcowe, 2 na dur brzuszny i na czerwonkę, 1 na zapalenie ostre otrzewnéj. Na podstawie tych badań mikroskopowych przychodzi autor do przekonania, że błona śluzowa macicy ulega w przebiegu chorób zakaźnych zmianom, które spostrzedz można w naczyniach, w gruczołach i we właściwej błonie śluzowej. Naczynia okazywały w przeważnéj liczbie przypadków silne nastrzykanie. Nastrzykanie to odnosiło się do naczyń włosowatych i małych żył, i zajmowała czasem tylko pewną warstwę błony śluzowéj, czasem całą jéj grubość a nawet i przylegającą warstwę tkanki mięsnej. Obok przepełnienia naczyń krwią widział autor często mniejsze lub większe wylewy krwi w tkankę, zwłaszcza w przypadkach zapalenia płuc i duru brzusznego. Krwotoki występowały częścią *per diapedesin*, częścią *per rhexin*, w ostatnim przypadku musiały ściany naczyń być kruchemi. Przyczyny téj kruchości autor nie podaje. Gruczoły a raczéj przybłonki gruczołowe okazywały zwyrodnienie sinawe, czasem w gruczole znajdowano ciałka czerwone. W saméj błonie śluzowéj widział autor naciek zapalny drobnokomórkowy. W warstwach wewnętrznych tkanki mięsnéj znachodzono również w przypadkach daléj posuniętych przekrwienie i krwotoki, oraz naciek zapalny. Autor przychodzi więc do przekonania, że w przebiegu ostrych chorób zakaźnych istnieje zapalenie błony śluzowéj macicy ze skłonnością do krwotoków. Czy zapalenie to jest wprost objawem lokalizacyi jadu chorobowego uorganizowanego, czyli mikrobów na błonie śluzowéj macicy, tego autor nie wie, zachęca tylko do badań w tym kierunku, których sam wykonać nie mógł. Zwraca przytem uwagę, że w etyjologii katarów macicznych trzeba więcéj, niż się to dotąd działo, zwracać uwagę na przebytą ostrą chorobę zakaźną (*Arch. f. Gynaek.* t. 40, zesz. I, 1891). *Dr. Al. Rosner.*

Choroby weneryczne i skórne.

Lissauer: **Zmiany we wzgórkach wzrokowych w przypadkach** *paralysis progressiva.*

Autor znalazł wyraźne zmiany we wzgórkach wzrokowych w 9 mózgach paralityków. Już makroskopowo można było zauważyć, że wzgórki wzrokowe były mniejsze, niż w stanie prawidłowym. Po stwardnieniu w płynie Müllera miejsca zmienione były jaśniejsze i miększe niż otoczenie zdrowe. Badanie drobnowidowe wykazało brak komórek zwojowych i zmniejszenie się ilości włókien nerwowych a za to rozrost neuroglii. Zwykle zajętą była tylko część tylna wzgórka. Zmiana ta rozpoczyna się, jak się zdaje, od tyłu i rozszerza ku przodowi, gdyż jeśli zmienione były części przednie, to zawsze zmienione były i części tylne i to w wyższym jeszcze stopniu. Nigdy nie zauważono stosunku odwrotnego.

Autor uważa te zmiany za zwyrodnienie następowe skutkiem chorób kory mózgu albo zmian w *corona radiata.* Kilka razy znalazł odpowiednie zmiany w płaszczu mózgowym.

Co się tyczy zboczeń klinicznych, jakie chorzy ci za życia okazywali, to głównie doznawali napadów porażennych i przedstawiali objawy ogniskowego zajęcia mózgu. Przedewszystkiem były to objawy zajęcia ognisk senzorycznych, a mianowicie głuchota słów (*Worttaubheit)*, hemianopsyja i zaburzenia w czuciu miały ściślejszy stosunek ze schorzeniem wzgórków. W przypadku bowiem, w którym za życia istniały tylko afazyja motoryczna i porażenie kończyny górnéj, wzgórki wzrokowe okazały się przy sekcyi prawidłowemi. (*Deut. med. Woch.* Nr. 26, 1890).

Dr. Süsskind.

Levy: **O ukrytéj rzeżączce u kobiet.**

L. omawia objawy rzeżączki i jéj powikłania u kobiety, jakoteż leczenie takowéj a szczególnie leczenie śródmaciczne za pomocą wstrzykiwań rozczynów sublimatowych (1: 4000), wyskrobywania za pomocą ostréj łyżeczki i następowego pędzlowania nastojem jodowym, chlorkiem żelaza lub azotanem srebrowym. L. przychodzi do następujących wniosków: 1) Gonokokus Neissera jest specyficznym i zarażającym czynnikiem. 2) Gonokoki znajdują się tak w ostrych jak i przewlekłych postaciach. 3) Występowanie gonokoków w wydzielinach jest zmiennem. 4) Nasilenie rzeżączki pozostaje zawsze w pewnym stosunku do ilości gonokoków. 5) Prawidłowe wejrzenie cewki moczowéj wcale nie dowodzi, że rzeżączka ustąpiła. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Bornemann (Kopenhaga): **Badania nad gośćcem rzeżączkowym.**

Doświadczenia swoje zebrał B. na 271 chorych. Czas trwania zapalenia stawów wynosił średnio 68 dni. Wynik choroby był w 106 przypadkach *restitutio ad integrum*, u reszty ograniczona lub zniesiona ruchomość stawów. W największéj liczbie przypadków wypocina była ropną. W trzech przypadkach przedsięwziął B. badanie bakteryjologiczne, które ze względu na gonokokki wypadło ujemnie. W etyjologii podnosi jako okoliczność usposabiającą poprzednie przebycie choroby. Co do patogenezy sądzi B., że nie swoiste drobnoustroje wywołuwują chorobę, tylko że jest ona następstwem ogólnego zakażenia przyrannego z zwykłemi bodźcami zapalnemi. Omawiając rozpoznanie podnosi różnicę między wspomnianą chorobą a ostrym gośćcem stawowym, chorobami stawów w chorobach zakaźnych, zapaleniem stawów połogowem i po zadrażnieniu cewki cewnikiem. Co do leczenia twierdzi, że wczesne usunięcie rzeżączki cewki ma ważne znaczenie zapobiegawcze. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Jan Bókai (Budapeszt): **O płonicowych zapaleniach stawów.**

B. rozróżnia ropne i surowicze zapalenie stawów w przebiegu płonicy. 1) Postać ropna powstaje w następujący sposób: a) zapalenie błony maziowéj okazuje z początku obraz ropnego zapal. stawów a wtedy uważamy je za objaw posocznicy; b) zapal. stawów z początku jest surowicze a dopiero po krótszym lub dłuższym czasie wypocina surowicza zamienia się w ropną; c) do jamy stawowéj przebijają ropnie okołostawowe, sprowadzając ropne zapalenie stawów. 2) Postać surowicza występuje: a) jako ostre lub podostre surowicze wielokrotne zapalenie stawów, które jest podobnem do *Polyarthritis rheumatica*; b) jako przewlekle przebiegające jedno- lub wielostawowe zapalenie torebki stawowéj, mogące przejść w guz biały (*tumor albus*); c) jako surowicze zapalenie, które pierwéj lub późniéj staje się ropnem. (*Monatsch. f. prakt. Derm.* Nr. 4; 1889).

Dr. Baschkopf.

Patologija.

Sée (Paryż): **Nowy sposób leczenia gruźlicy płuc.**

Polega on na stosowaniu wdychiwań zgęszczonego powietrza zawierającego mięszaninę pary kreozotu i oleju eukalyptowego. Wdychiwania części składowych z osobna nie skutkują. W atmosferze téj chorzy mogą żyć nawet kilka miesięcy. Jako skutek tego leczenia występsje poprawa łaknienia, zwiększenie ciężaru ciała i ustępowanie gorączki. Kaszel staje się mniejszy, a plwociny płynniejsze tracą prątki. Leczenie to nie sprowadza wyleczenia, lecz zupełny zastój choroby. Z 12 w ten sposób leczonych wszyscy z wyjątkiem 3, którzy leczenie przerwali, zostali uleczeni. Środek ten nie zaszkodził nawet w obec krwotoków płucnych, owszem ustędowały one szybko pod jego wpływem. Uważać go należy za ogólne *antisepticum* dla rozgałęzień oskrzelowych. (*Wr. med. Presse* Nr. 18, 1891).

Dr. Ebersohn.

Choroby umysłowe.

Krafft-Ebing (Wiedeń). **O leczeniu chorób umysłowych.**

(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 28).

Warto teraz zastanowić się nad tem, których chorych winniśmy oddać do zakładu dla obłąkanych, a których leczyć należy w domu. Chorych z zadumą można leczyć w domu, muszą oni jednak być w ciągłéj obserwacyi, bo zdarzają się samobójstwa. W zakładzie należy umieszczać chorych z postacią czynną zadumy, z wybitnem *taedium vitae* i tych, którzy stale nie chcą przyjmować pokarmów. Lekkie postacie szału również można leczyć w domu, w cięższych zaś tylko zakład dla obłąkanych jest miejscem, gdzie chorzy mają prawo i gdzie im wolno szaleć do woli. Przypadki pomięszania pierwotnego (*paranoia)* kwalifikują się do zakładu ze względów bezpieczeństwa. Alkoholiści winni znaleść umieszczenie w zakładzie, szczególniéj w okresie *delirium acutum.* Chorzy z *dementia paralytica* mogą się leczyć w domu, tylko czasowo w okresie szału należy ich trzymać w zakładzie. Obłąkanie następowe leczy się w domu. Nim chorego wyślemy do zakładu dla obłąkanych, trzeba dobrze się zastanowić, czy chorego tam umieścić należy, czy choroba n. p. szał, którą okazuje, nie jest powikłaniem jednéj z chorób zakaźnych, w przebiegu których dość często podobne napady się przydarzają. Zapamiętawszy, że choroby umysłowe nigdy nie przebiegają z gorączką, mamy w mierzeniu ciepłoty środek do wystrzegania się takich bądź co bądź zawstydzających pomyłek. Także nie należy odsełać do zakładu chorych z pomięszaniem przejściowem, jakie się często zdarzają n. p. w przebiegu padaczki. Dalszą czynnością lekarza przy odsełaniu chorego do zakładu jest wyczerpujące spisanie historyi choroby. Od dokładności tejże zależy i możność rozpoznania wczesnego choroby i leczenie, więc dobro chorego. Wysełanie chorych do zakładu winno się odbywać o ile możności wcześnie, nie strasząc się myślą, jakoby zdarzały się przypadki, że zdrowych zamykano w zakładzie dla obłąkanych. Niedorzeczność tego najlepiéj ilustruje postępowanie formalne, ustawą wymagane. Uwiadomienie Sądu na 24 godzin przedtem i komisyja z 2 lekarzy sądowych złożona nie dopuści chyba do téj ewentualności. Nie zawadzi zwrócić uwagę na sposób, w jaki należy chorego o tem kroku uwiadomić. Ogół jest zdania, że należy użyć podstępu. Powiada się choremu, że pojedzie do „wujaszka z Ameryki“, na zabawę i t. p.,

lecz nie wie się o tem, że kiedy brama zakładu zamknie się za nieszczęśliwym, tenże złorzeczy rodzinie i lekarzowi, że go podeszli i oszukali. Najlepiéj zdaniem autora jest powiedzieć choremu, który może być wyleczony, prawdę, że jest chory i że zostaje odesłany do szpitala, a gdyby nie szedł dobrowolnie, lepiéj użyć przemocy, niż podstępu. Tylko chorych nieuleczalnych można wziąć podstępem.

Z kolei omawia autor postępowanie lecznicze w chorobach już rozwiniętych. Tu przedewszystkiem winniśmy starać się dociec, jaka sprawa patologiczna toczy się w mózgu chorego, czyli rozpoznać anatomicznie, a gdyby to było niemożebnem, zadowolić się możemy rozpoznaniem czynnościowem. Rozpoznawszy n. p. szał, zadumę, badamy daléj przyrodę tego stanu, bo innego leczenia wymaga obłęd opilczy a innego szał połogowy. Niezawsze, jak to ogólnie sądzą, szał polega na przekrwieniu a zaduma na niedokrewności mózgu, i dlatego zawsze należy indywidualizować, nie zapominając też o indywidualności psychicznéj chorego. Następnie należy zadać sobie pytanie, czy choroba rozwinięta jest pierwotną, czy też następstwem choroby innego narządu, n. p. serca, płuc, nerek, macicy. Co do téj ostatniéj, to zwykle lekarze zanadto pochopni są do wynajdywania związku przyczynowego pomiędzy chorobą umysłową a macicą, a szczególnie, gdy równocześnie z wybuchem choroby ustaje regularność. Jestto niesłuszne, bo jedno i drugie może mieć tę samą przyczynę w szkodliwości zewnętrznéj. Autor nie zgadza się na to, aby wszystkie umysłowo chore kobiety odsyłać do położnika — przypadki te natomiast należy wybierać. Gdyby kobieta taka zbadać się nie dała ginekologicznie, a niema zastraszających objawów, jak krwotoków z części rodnych, podejrzenia nowotworu i t. p., to zmuszać jéj niema potrzeby. Środków swoistych na choroby umysłowe niema, czynimy tylko zadość pewnym wskazaniom jużto lekarstwem (przyczem pamiętać należy, że te same dawki co w innych chorobach i tu mają zastósowanie) jużto metodą leczniczą. Jednem z takich wskazań jest postępowanie wobec przekrwienia mózgu. Pierwéj zawsze upuszczano krwi tem więcéj, im więcéj chory szalał. Takie leczenie jest błędnem, a to z następujących powodów: 1) nie zawsze przekrwienie mózgu jest przyczyną szału, bo wiemy, że i niedokrewność mózgu takie może sprowadzać objawy, a 2) że krew jest dla chorego drogocennym skarbem, z którym tak bezwzględnie obchodzić się nie wolno, gdy zważymy, że ma ona utrzymywać chorego w siłach i dać mu możność odbudowania braków mózgu. Jedynie w przekrwieniu biernem wywołanem chorobą serca, płuc, zatrzymaniem regularności, w początku szału ostrego może upust krwi dobre oddać usługi i to w postaci pijawek na wyrostki sutkowe lub przegrodę nosową postawionych. Dobrze też działają bańki, środki obniżające parcie i zwalniające czynność serca, jak letnie kąpiele i przetwory naparsinicy w połączeniu z makowcem lub *natr. nitricum*.

Celem zwężenia naczyń mózgu, które się znajdują w stanie porażennym, działamy okładami lodowemi, przyrządem Leitera na głowę lub szyję. Zimno tu działa najprawdopodobniéj w ten sposób, że zadrażnienie nerwów czuciowych skórnych zimnem przenosi się na środek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym, wywołując zwężenie naczyń. Ponieważ wedle badań Heidenhaina i Schüllera środki drażniące skórę wywołują również zwężenie naczyń mózgu, można i ich użyć w postaci gorczycy na głowę, kąpieli gorczycznych (250—300 gr. *pro baln.*) lub kąpieli nożnych. Z środków aptecznych poleca się: chininę, kofeinę, nikotynę, makowiec i brom. Najlepiéj ze wszystkich działa sporysz. W każdym przypadku czynnego przekrwienia mózgu jak w szale, obłędzie opilczym, *mania transitoria*, *dementia paral.* i *delir. acutum* można podawać *extr. secal. corn.* po 0·25 do 1·00 gr. na dzień. W razach, gdy idzie o pośpiech, dajemy *Ergotinę* (Bonjeana lub Wernicha) $^1/_2$—1 strzykawki podskórnie z prawie natychmiastowym wybornym skutkiem.

Postępowanie nasze w niedokrewności mózgu ogranicza się do podawania wyskoku dla poprawy odżywienia i snu, środków pobudzających, jak eteru i *liquor. Ammon. anis.* w wyniszczeniu znacznem, a w zapadzie kamfory jużto w proszkach po 0·1—0·2, jużto podskórnie w oliwie 1 : 10. Jeżeli niedokrewność polega na skurczu naczyń używamy, azotynu amylowego w ilości 2—12 kropel — i to w niedokrewności znaczniejszego stopnia, wobec t. zw. tętna kurczowego *(Krampfpuls)*, przy słabéj czynności serca. W *melancholia cum stupore* trzeba być ostrożnym, aby wskutek nagłego porażenia naczyń nie wystąpiły przesączyny do mózgu. Dalszą czynnością lekarza jest uspokojenie chorego. W tym celu uciekamy się do makowca i jego przetworów. Należy przedewszystkiem zaprzeczyć przesadnym obawom utrzymujących, że makowiec jest środkiem szkodliwym, że jest *stupefaciens* i że poraża komórki zwojowe mózgu. Takie działanie występuje chyba tylko w przekrwieniu biernem mózgu, w czynnem zaś jest on dobrym środkiem drażniącym nerwy naczynio-zwężające, jest doskonałem *tonicum* dla mózgu, a co najważniejsza ma wprost własności odżywcze. Co do wskazań dla makowca, to na pierwszym planie wymienić należy zadumę, w któréj bez makowca obchodzić się nie można i nie należy z 2 powodów: 1) własności odżywczych i 2) téj, że jest dla chorego kaftanem chemicznym, ochraniającym go od niebezpieczeństw z choroby wynikających. W zadumie biernéj nie działa. Wielkość dawki zależy od przypadku. Autor chętnie używa makowca podskórnie w postaci wyciągu wodnego *Rp. Extr. Opii aq. 1·0, Aq. dest. 18·0, Glycerini 2·0* i z tego podaje naraz 1 strzykawkę (0·05), postępując w miarę potrzeby do 0·1 — ba nawet w 1 przypadku doszedł autor do dawki 1 gr. na dzień, którą bez szkody choremu przez dłuższy czas podawał. Z alkaloidów makowca poleca jedynie kodeinę i morfinę. Mają zawsze tam zastosowanie, gdzie opium, i choć nie mają jego działania odżywczego, działa szczególniéj morfina tam, gdzie idzie o prędki skutek. Do stron ujemnych morfiny należy: rychłe wyniszczenie ustroju, morfinica, często po zastrzyknięciu występujące objawy shoku i otrucia. W otruciu stosuje się atropinę, czarną kawę, zlewania zimne na okolicę rdzenia przedłużonego i upust krwi.

Prócz makowca można przepisywać: *sulfonal*, *paraldehyd*, *hyoscinum mur.*, który w dawce $^1/_2$—1 mlgr. uspokaja chorych najbardziéj szalejących, i sole bromowe. Te ostatnie oprócz własności uspokajających mają i tę zaletę, że działają obniżająco na ośrodki odruchowe, należy ich więc używać w psychozach odruchowych i padaczce. Dawka bromu jest 4—12 gr. dziennie (średnio 6—8) w wodzie dla uniknięcia nieżytu żołądka i gardła. Do działu środków uspokajających należą też i nasenne.

Brak snu może mieć różne przyczyny i tak: 1) niedostateczny przypływ krwi do mózgu. Najlepiéj działa tu alkohol w postaci $^1/_2$ litra piwa, kielicha wina, koniaku, rumu. 2) zwiększony przypływ krwi do mózgu. W tych przypadkach używamy kąpieli letnich, gorczycznych, nożnych, sporyszu i bromu. 3) w chorobie umysłowéj ze zmianami organicznemi usuwamy bezsenność najłatwiéj morfiną; 4) w psychozach czynnościowych brak snu wskutek strachu, urojeń, wyobrażeń przymusowych znika po podaniu środków uspokajających, jak: makowca, sulfonalu, paraldehydu i wodnika amylenu. 5) W niektórych przypadkach chorzy nie mogą spać wskutek przeszkód przyrody macinniczéj i neurastenicznéj. Chory słyszy uderzenia serca, tętnienie aorty i t. d. Tu robimy zawijania priessnicowskie, podajemy kozłek, krople laurowe i sulfonal. 6) Przy zwiększonéj pobudliwości płciowéj brak snu usuwamy bromem, *camphor. monobrom.* w dawce $^1/_2$ gr. 7) Jeżeli przyczyny nie znajdziemy, próbujemy po kolei: wodnika chloralu, amylenu i paraldehydu. Najlepszym ale i najbezpieczniejszym z nich jest chloral. Nie wolno go podawać u ludzi dotkniętych miażdżycą tętnic, bo może wywołać udar mózgowy, a po dłuższem podawaniu może wystąpić żółtaczka z krwi, któréj ciałka czerwone niszczy ten przetwór. Dobrem jest połączenie wodnika chloralu z morfiną, bo i mniejsze dawki są dostatecznemi i działanie szybszem. Wodnik amylenu działa w dawce 3—6 gr. w połączeniu z koniakiem; paraldehyd

od 4—8 gr. z *tinct. fruct. aurant.* Do fizykalnych środków nasennych należą kąpiele letnie (28—26°) krótko- lub długotrwałe (do 12 godzin), i prąd galwaniczny słaby przez głowę na 2—3 minut.

Jako o ważnem powikłaniu, wymagającem leczenia, wspomina autor o wygórowanéj pobudliwości płciowéj i stąd wynikającéj masturbacyi. Nie wszystkie t. zw. *antiaphrodisiaca* działają skutecznie. Najlepszemi są: *kali bromat.* w dawkach wyżéj 6 gr., *camphor. monobrom.*, lupulina w dawce nie mniejszéj od 1 gr., antipyrina i *natr. nitricum* 3 gr. *pro dic.* U kobiet jest się niekiedy w stanie położyć tamę masturbacyi zabiegami zewnętrznemi, jak: znieczuleniem kokainą wejścia do pochwy i okolicy, przyżeganiem a w rozpaczliwych przypadkach wycięciem łechtaczki.—Obok tego najważniejszem jest postępowanie dążące do skrzepienia chorego. Środkami do celu prowadzącemi są: dobra kuchnia, dobra piwnica, łagodne zabiegi wodolecznicze i elektryczność, w postaci faradyzacyi ogólnéj lub mięsienia elektrycznego. W razie gdy chory nie przyjmuje pokarmów, należy zbadać przyczynę jadłowstrętu, a nią może być: zaparcie stolca, zapalenie gardła, chęć popełnienia samobójstwa lub urojenia religijne i hypochondryczne. Wówczas każemy choremu położyć się do łóżka, aby o ile możności najmniéj oddawał ciepła i dopiero gdy sytuacyja staje się groźną, gdy chory mimo głodu ani pokarmów ani napojów nie przyjmuje, przystępujemy do karmienia sondą. Zabieg to niebezpieczny, szczególniéj gdy chory się broni, pokarm zwraca lub nie połyka, i może go narazić na zapalenie płuc połykowe, zropienie gardziela lub nosa. Korzystniéj aniżeli *per os* jest karmienie *per nasum*, przyczem używa się zgłębników cienkich a gładkich. Karmienie *per anum* nie wystarcza i stósuje się je tylko w ostateczności. Dobre usługi oddaje autorowi kateter Nelatonowski, który wprowadza przez nos do przełyku i łączy z strzykawką napełnioną płynnym pokarmem. Przez rytmiczne posuwanie tłoka zmusza niejako chorego do połykania wylewającéj się a gardziel drażniącéj cieczy. Nigdy jednak nie trzeba się zbytnio spieszyć z karmieniem przymusowem, chyba że ono jest jedynym środkiem do uratowania chorego od śmierci głodowéj. (*Wr. med. Presse* 13—22 z 1891).

Farmakologija.

Hertel: *Phoenocollum hydrochloricum* (*antisepticum i antirheumaticum*).

Jestto proszek krystaliczny, biały, w wodzie rozpuszczalny, smaku słono-gorzkiego i jest połączeniem chemicznem fenacetynu z grupą amidową. Dawki 0·50 gr. sprowadzają od czasu do czasu obniżenie ciepłoty o $^1/_2$° na czas krótki, dawki 0·50—1·5 gr. co godzinę podawane, nieregularne obniżenie o 1° również na czas krótki. Dopiero dawka 5 gr. rozdzielona na cały dzień może sprowadzić stan bezgorączkowy. Ilość tę bez szkody chorym podawano. W ostrym gośćcu stawowym sprowadzał środek ten nieraz lepsze skutki niż inne, w zapaleniu tryprowem stawu nie działał, również nie wywiera żadnego działania ani na serce, ani na nerki i wydziela się szybko z moczem, nadając mu barwę brunatno-czerwoną. (*Wr. med. Presse* Nr. 16, 1891).

W *Berl. klin. Wochschrft* Nr. 16 podaje Wolfert wyniki działania **kantarydyny w raku**. Jeszcze w r. 1860 wyciął Wijms raka sutka, a gdy u choréj w rok później wystąpił nawrot, podawał jéj po powtórnéj operacyi wewnętrznie: Rp. *Trae canthar d. Vini camphor.* aa 5·0 w roczczynie gumy 200 gr. przez 2 miesiące. Skutek był ten, że kobieta dotąd żyje i jest zdrowa. W r. 1880 wyciął również raka sutka z następowem zastosowaniem kantarydyny i dotąd nie ma nawrotu choroby. W jednym przypadku autor przekonał się o skuteczności tego leku bez operacyi. U kobiety niemłodéj o wejrzeniu charłaczem wystąpiły objawy zwężenia gardziela bez powodu. Podawał jéj więc kantarydynę i spostrzegł, że trudność połykania i zwężenie ustępowały, a chora wróciła do sił. Od czasu do czasu jednak używa jeszcze tego leku. (*Wr. med. Presse* Nr. 18, 1891).

Dr. Ebersohn.

V. Korespondencyje.

Petersburg, dnia 2/14 czerwca 1891 r.

Blizko milijonowa stolica (955.000) bardzo mało w latach ostatnich zwiększająca się co do ludności, nie posiada tylu zdrowotnych instytucyj, co stolice państw Europy zachodniéj, jednakże bardzo powoli widzimy wciąż przyrost szpitali, których ogólna liczba wynosi 86, z 13,010 łóżkami. W stosunku do ogólnéj ludności wypada, że 1,3% ludności stolicy leczy się w szpitalach. Z 86 szpitali 39 jest rządowych z 7,288 łóżkami, 35 prywatnych z 1,134 łóżkami i 12 na utrzymaniu municypalności z 4,588 łóżkami. Na każdy z 86 szpitali przypada średnio 151,2 łóżek.

Z biura obrachunkowego stolicy z r. 1890 dowiadujemy się o liczbie chorych w każdym szpitalu, która jest następująca:

Miejski szpital dla chorych zaraźliwych systemu barakowego (300 łóżek), Obuchowski (1100), Aleksandrowski dla robotników (830), Petropawłowski (490), Św. Maryi Magdaleny (240), Kalinkiński żeński i syfilit. (470), Św. Mikołaja Cudotwórcy dla chorych umysłowych (380), Św. Pantelejmona dla chorych umysłowych chronicznych (650), Wielki Ochteński czasowy męzk. syfil. (200), Mały Ochteński czasowy dla chronicznych umysłowo-chorych żeńs. (200), Aleksandryjski dla chorych wysypkowych (68), Miejska dobroczynność „bohodielnia“ (2700), Aleksandrowski żeński szpital dla chorych płucowych (50), Aleksandrowski miejski szpital na pamiątkę 19 lutego 1861 r. (800), Szpital petersb. duchownéj Akademii (16), Duchownego Seminaryjum (20), Aleksandra Newskiego duchownéj szkoły petersburskiéj turmy męzk. (250), żeńsk. (50), Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Grzegorza (123), Zgromadzenia św. Trójcy (męzk. 50, żeńsk. 40), do którego nie przyjmują chorych wysypkowych, syfilitycznych i umysłowych, Szpital Elżbiety dziecięcy dla nieletnich (100), Św. Mikołaja dla chorób zakaźnych (142), ks. Piotra Oldemburskiego (200), w którym 25 dla piersiowych i 25 dla zakaźnych, miejski szpital dziecięcy, wchodzący w skład miejskiego Aleksandrowskiego szpitala (męz. 10, żeńs. 10), Ewangielicki szpital kobiecy (65), Szpital żeński przy Zgromadzeniu św. Krzyża Sióstr Miłosierdzia „krestowo zdwiżeńskaja obszczina“ (18), Bezpłatna lecznica dla kobiet i dzieci dla chorób niezaraźliwych przy zgromadzeniu Imienia Zbawiciela (żeń. 16, dzieci 22), kliniczny wojskowy szpital klasy 3-ciéj (37), kliniczny instytut W. ks. Heleny Pawłowny (100), Maryjski szpital dla biednych (541), w którym chirurgicznych łóżek 160, a z pozostałych 381 (męż. 190, żeńs. 161), Maryjski dom położniczy (29), Michałowski kliniczny szpital baroneta Wilié (150), Mikołajewski szpital wojskowy (1500), położniczy instytut (położn. 50, ginekol. 30), Zgromadzenia Siόstr Miłosierdzia (24), Pocztowo-telegraf. szpital (56), pokoi położniczych po 10, w każdym z nich po 6 łóżek (60), pięć położniczych schronisk zamiejskich (25), Nadieżdieński położniczy zakład (110), Koźdestwieński miejski baraczny szpital w pamięć Cesarzowéj Maryi Aleksandrówny (104), Szpital dla wysypkowych (68), Morski szpital (300), Petersburski przydworny szpital (75), Św. Olgi (70), Semionowsko-Aleksandrowski szpital (400), Zwiększone szpitale pułkowe 1-gwardyi (200), Chirurgiczna lecznica przy Aleksandrowskiem Zgromadzeniu siόstr miłosierdzia Czerwonego krzyża (24).

Oprócz szpitali stolica posiada prywatne lecznice chorych i domy zdrowia w liczbie 35, a w ich rzędzie wodolecznic 4, gimnastycznych zakładów 4, ocznych 2, dziecięcych 1, prywatnych lecznic dla przychodzących chorych jest 25.

Ogół lekarzy w Petersburgu przedstawia pokaźną liczbę 1,407, nie licząc czasowo przebywających. Znaczny ich procent stanowią Niemcy, zajmujący dotąd najpopłatniejsze posady lekarzy szpitalnych i korzystający z licznej klienteli prywatnéj. Do pewnego stopnia ignorują oni kolegów Rosyjan i innej narodowości i stanowią jakby oddzielny świat lekarski, posiadając towarzystwo lekarzy niemieckich, w którem rozprawy się toczą po niemiecku, wydają pismo lekarskie, będące organem ich towarzystwa i t. d. Dla tych powodów,

pomimo wyższéj swéj kultury, lekarze niemcy nie mają miru u swych kolegów rosyjan. Liczba lekarzy polaków w stolicy dochodzi 136, a więc stanowi 12% ogólnéj liczby lekarzy. O ile niemcy trzymają się z sobą i przestrzegają praw etycznych, dotyczących ich profesyi, nie można tego powiedzieć o polakach. Znaczna ich liczba w Petersburgu, a jeszcze większa w Rosyi, gdzie coraz bardziej młodzież kończąca studyja lekarskie podąża za chlebem, przy znaczniejszej solidarności mogłaby wytworzyć samoistną jednostkę podobnie jak lekarze niemieccy z wychodzącem pismem lekarskiem polskiem w stolicy, któreby połączyło wspólnym węzłem wszystkich polaków lekarzy, rozrzuconych na ogromnych przestrzeniach Rosyi europejskiej i azyjatyckiéj. Tymczasem dzieje się przeciwnie. Narodowość nasza, przeniesiona w warunki niekorzystne, prędko zaciera swoją odrębność plemienną nie posiadamy tej siły i odporności właściwéj rasie germańskiéj; młodzież nasza po ukończeniu Uniwersytetów rosyjskich, po zamieszkaniu w Rosyi w wielkiéj ilości, szczególnie w latach ostatnich, jako lekarze, przyzwyczajają się do miejscowych warunków, żeniąc się z rosyjankami pozostają na zawsze na obczyźnie i całemi rodzinami stają się straconemi dla naszéj narodowości. Szukanie chleba poza krajem, w którym, jak wiadomo, żaden z miejscowego pochodzenia nie może zająć urzędowego stanowiska, jest klęską rozpraszającą nasze siły intelektualne wśród obcych, a dla braku miejsc wolna praktyka, napotykająca nieprzezwyciężoną konkurencyję młodych lekarzów żydów, nie może dać utrzymania.

W Petersburgu pośród lekarzy należących do naszéj narodowości, są niestety częste wyjątki, które frymarczą swem imieniem i zaciemniają dobrą ich sławę, jaką polacy sobie tu wywalczyli jeszcze od czasu ś. p. Mianowskiego, który, jak wiadomo, był nie tylko szczęśliwym praktykiem i używał wielkiego zaufania u dworu, lecz wiele zarabiając, miał zawsze otwarte serce i kieszeń dla uczącéj się młodzi. Dziś tu szerokiego też rozgłosu używa ziomek nasz zasłużony uczony, akademik prof. Jan Mierzejewski, szczycący się praktyką pośród rodziny Cesarskiéj i ulubieniec petersburskiéj publiczności. Docent akademii Dr. Stanisław Daniłło, który dał się poznać Cesarzowi i innym osobom z Jego rodziny z wykładów, które miewał z zakresu zjawisk hypnotyzmu i chorób nerwowych na ich wezwanie, wreszcie akademik i zasłużony prof. Antoni Krasowski, znany akuszer i ginekolog i kilku innych. Z lekarzy praktyków, którzy zasłużyli tu na dobre imię wśród publiczności, należą: Drowie: Mikołaj Strawiński, Rymowicz, Radecki i wielu innych.

Akademija wojskowo-medyczna, dziś z ograniczoną liczbą słuchaczy, ma wyłącznie za zadanie przygotowanie lekarzy wojskowych dla armii. Wszyscy więc, którzy ten zakład ukończą, obowiązani są odsłużyć odpowiednią liczbę lat, i z tej przyczyny z innych uniwersytetów młodych lekarzy nie przyjmują do służby wojskowéj. Projekt jednak kiełkujący obecnie co do zwiększenia w dwójnasób liczby lekarzy w pułkach zwiększy znowu na czas jakiś potrzebę kandydatów i znowu wielu bez posad lekarzy znajdzie pole do pracy. Uniwersytety rosyjskie corocznie bowiem zalewają kraj nowymi lekarzami, którzy nie znajdują dla siebie zajęcia, lud bowiem nie uznaje jeszcze potrzeby udawania się do rady lekarskiéj. Chodzą pogłoski o projekcie zniesienia jednego ze stopni naukowych, a mianowicie niższego stopnia lekarza, jaki dotąd otrzymują wszyscy kończący wydział lekarski w Rosyi, który w swych prawach nie wyróżnia się niczem od stopnia Dra medycyny. Ten ostatni ma znaczenie w razie chęci otrzymania wyższéj posady, na ktory zwykle należy powtórzyć dawny egzamin stopnia lekarza i obronić rozprawę. Do otrzymania tego stopnia zwykle dążą lekarze wojskowi, chcąc mieć awans w służbie i zostają na czas jakiś wydelegowani w tym celu do akademii wojskowo medycznéj. Co sobota rok cały, wyjąwszy czas świąteczny i wakacyje, w gmachu akademii trwają dysputy, w celu obrony napisanéj przez doktorandów rozprawy dla otrzymania uczonego stopnia. Podczas jednej z takich sobot rozprawowych wszedłem do akademii, w któréj broniono właśnie aż 6 dysertacyj. Połowa z nich treścią należała do fizyjologii, a druga do neuropatologii. Była to ostatnia sobota obrony dysertacyi w roku naukowym bieżącym, w którym podobnych wyszło z akademii aż 98. Oprócz wyłącznego tylko pedagogicznego charakteru, prace ich innego znaczenia nie mają, najczęściéj nie przyczyniają się zupełnie do wzbogacenia wiedzy lub jéj posunięcia naprzód.

W dniu 31 maja r. b. świat adwokacki obchodził 25-letni jubileusz jednego ze swych najbardziéj zasłużonych członków, naszego ziomka prof. Dra Włodzimierza Spasowicza. Obrony jego nie tylko mają wyłączne znaczenie w sądownictwie, lecz w nich występuje głęboki psycholog, wczytujący się w głębię duszy ludzkiéj, znawca dokładnie oceniający fakta sądowo lekarskie i dla czysto osobistych interesów obrony klienta nie stojący w kolizyi z orzeczeniem lekarza biegłego, czego się dopuszczają zwykli adwokaci, lecz przeciwnie, w sądzie dopuszczający lekarzowi swobodę słowa i słuchający z uwagą jego orzeczeń. W uznaniu zasług więc Spasowicza w obchodzie jubileuszowym przyjęło udział i towarzystwo psychiatrów petersburskie. W jego imieniu prof. Mierzejewski wypowiedział piękną mowę, oceniając zasługi jubilata jako znakomitego obrońcę sądowego.

Jan Iłgowski.

II. Korespondencyja z Rossyi i Król. Polskiego.

Dawne wyższe kursa lekarskie dla kobiet ma zastąpić petersb. żeński instytut lekarski. Kurs 4 letni; po ukończeniu słuchaczki będą pracować od 1 do 3 lat w szpitalach dla dzieci i w klinikach, dopiero potem zdawać mogą na stopień „kobiety-lekarza“ w komisyach egzaminacyjnych. Z kursu wyłączono: historyję medycyny, epizoocyję, policyję lekarską i medycynę sądową. Dyrektorem będzie jeden z profesorów.

Wydział lekarski Uniw. Kijowskiego ukończyło w r. b. 15 polaków: Kaz. Antoniewicz, Wład. Bieliński, Stan. Dobrowolski, Wład. Gnoiński, Robert Gotszalk, Kaz. Jasieński, Leop. Kozłowski, Paweł Lenczowski, Tad. Nowkoński, Edw. Rodziewicz, Tom. Sikorski, A. Stawirski, Tarnawski, Tomkowicz i A. Żurawski.

Ordynator warsz. instytutu oftalmicznego rad. kol. dr. Bol. Gepner został awansowany na miejsce ś. p. Szokalskiego głównym lekarzem w tymże instytucie. Wład. Garliński mianowany został etatowym ordynatorem kliniki oftalm. uniw. warszawskiego. Asystent woj. lek. akademii w Petersburgu dr. Pasternacki został mianowany nadzw. profesorem terap. kliniki szpitalnéj w téjże Akademii. W Wilnie zmarł nagle dr. Hipolit Kozłowski.

Zatwierdzono roczny etat Instytutu doświadczal. medycyny w Peters. w kwocie 131 600 rs. *Dr. J. T.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 lipca. Jutro rozpoczyna się w mieście naszem VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Gdy przed laty 23 w skutek inicyjatywy kolegi Dra Adryjana Baranieckiego czyniono przygotowania celem urządzenia I-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich i wystawy w związku ze Zjazdem będącéj, komitet gospodarczy nie był pewnym, czy usiłowania jego uwieńczone będą skutkiem pomyślnym. Pokazało się atoli, że myśl była zdrową, gdyż próba pierwsza wypadła nadspodziewanie dobrze. Z większą otuchą przystępowano do Zjazdów następnych, a tylko dla braku miejsc odpowiednich musiano zaniechać pierwotnego zamiaru odbywania Zjazdów rok rocznie, bo w stosunkach naszych mogliśmy liczyc tylko na 3 miasta główne, a mianowicie na Kraków, Lwów i Poznań, w których to miastach wyłącznie Zjazdy się odbywały dotychczas, a mianowicie w Krakowie 2 razy, we Lwowie 2 razy a raz w Poznaniu. Że zaś Zjazdy były i są na czasie, dowodzi wymownie fakt, że liczba członków i uczestników ciągle się wzmagała. Miejmy więc nadzieję, że Zjazd, po raz trzeci w Kra-

kowie odbyć się mający, nie uczyni wyjątku od reguły. Wprawdzie na ostatnim Zjeździe odbytym we Lwowie poruszono myśl, aby Zjazdy odbywały się i we większych miastach prowincyjonalnych, przedewszystkiem Galicyi, ale sądzimy, że uchwałą w téj mierze zapadłą chciano objawić raczéj dobre chęci i uznanie dla miast niektórych galicyjskich, które w ostatnim czasie znacznie i pod każdym względem podniosły się, jak Kołomyi, Stanisławowa, Tarnowa, Tarnopola i t. d., bo nie zastanowiono się nad pytaniem, czy w miastach tych znalazłoby pomieszczenie zebranie, dochodzące do 1000 osób a może tę liczbę nawet przewyższające, skoro już w Krakowie pomieszczenie tak znacznéj liczby gości natrafia na pewne trudności, pomijając już okoliczność, że miasta prowincyjonalne nie posiadają ani większych szpitali, ani innych zakładów naukowych, któreby mogły budzić interes tak licznego zebrania. Kwestyję tę pozostawić więc należy przyszłości, a na teraz zadowolić nam się wypada przeświadczeniem, że wspomnione 3 miasta główne dobrowolnie i chętnie zgadzają się, a nawet ubiegają się o przyjemność podejmowania lekarzy i przyrodników z rozmaitych dzielnic ojczyzny naszéj spieszących na Zjazdy. Tembardziéj lekarze i przyrodnicy sami witają radośnie miłych swych gości rodaków, a zarówno serdecznie witają pobratymców kolegów czeskich, którzy od pierwszego Zjazdu dotrzymują placu i jak na wszystkich poprzednich Zjazdach osobistem zjawieniem się oraz pracami swemi łączności z nami i z naszemi celami naukowemi składają dowody. Liczne już zgłoszone prace pozwalają nam rokować pomyślnie o wartości naukowéj Zjazdu VI, a nadto dowiadujemy się, że obok posiedzeń ogólnych i sekcyjnych, obok więc czynności ściśle naukowéj, Zjazd VI. zajmie się niektóremi sprawami znaczenia ogólniejszego i że równocześnie obradować będą komisyje nad kwestyjami ogół lekarzy i przyrodników obchodzącemi, jak nad wydawnictwem nowego słownika lekarskiego, ujednostajnieniem słownictwa lekarskiego itd. Również wystawa stanie godnie obok wystawy urządzonéj podczas ostatniego Zjazdu lwowskiego. Tak więc wolno cieszyć się nadzieją, że pomimo, iż z wielu względów musiano wybrać porę dla Zjazdu nie bardzo odpowiednią, starania i dobre chęci Komitetu przygotowawczego uwieńczone zostaną pożądanym skutkiem, że potrafimy zadowolić miłych gości naszych i że Zjazd VI potrafi utrzymać godnie tradycyję Zjazdów polskich. Nie wątpimy, że jesteśmy wyrazem wszystkich kolegów, jeżeli imieniem lekarzy krakowskich serdecznie i radośnie witamy przybywających szanownych gości naszych!

* *Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

W dalszym ciągu zgłosili wykłady:

W sekcyi chirurgicznéj: Dr. Solmann z Warszawy: O torbielach trzustki.

Dr. Kryński: Przyczynek do etyjologii przerostu języka (*Makroglossia*).

W sekcyi okulistycznéj: Dr. J. Talko: Przypadek rozdwojenia nerwu wzrokowego wraz z czerniakiem (*melanoma)* wyrostka rzęskowego.

W sekcyi higijenicznéj: Prof. Dr. Józef Szpilman ze Lwowa: Próby oczyszczania wody z *cladothrix* i *cracothrix* za pomocą wapna niegaszonego.

Dr. Karczewski z Kowanówka: O wzrastaniu chorób umysłowych i nerwowych, jako kwestyja społeczna.

* W tygodniu 26-ym (od 28/6—4/7) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 40, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zap. płuc 9, z dławca i błonicy, z duru brzusznego i z nieżytu żołądka i jelit po 2.

* W Krynicy do d. 29 czerwca było gości 1547, — W Szczawnicy do d. 7 b. m. 1116, w Cieplicach czeskich 3437, w Truskawcu 398.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Hirsch Beck z Krakowa, Samuel Bandet z Bohorodczan w Galicyi, Maryjan Kulczycki ze Lwowa.

* **Odznaczenia**. Starszy lekarz sztabowy 1-éj kl. Dr. Mikołaj Munk (rodak nasz), szef sanitarny przy komendzie wojskowéj w Zadarze w Dalmacyi, przeniesiony w stan spoczynku otrzymał charakter jenerał-lekarza sztabowego oraz order korony żelaznéj 3-iéj kl. w uznaniu długoletniéj, wzorowéj służby tak podczas pokoju jak podczas wojny.

* **Nekrologija**. Na Litwie umarł Dr. med. Ignacy książę Żagiell. Urodzony d. 1 lutego 1826 r. w Kierposzyszkach pod Wilnem uczył się w Kijowie, póżniéj za granicą. Stopień doktora osiągnął w Paryżu i Londynie. Jako lekarz wojskowy angielski udał się do Indyj, gdzie pozostał przez 4 lata, zkąd udał się do Egiptu, gdzie został lekarzem przybocznym Wicekróla, następnie do Stambułu, dokąd powołany został jako lekarz przyboczny Sułtana Abdul-Azisa. Po śmierci tegoż w r. 1876 powrócił do Wilna, gdzie przez 5 lat był prezesem komisyi zdrowia. Pisał wiele po polsku, francusku i angielsku; nadto wydał po po polsku historyję Egiptu i Podróż historyczną po Abissynii. — W Przemyślu umarł tameczny fizyk miejski Dr. Dworski.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 25 Lipca 1891. Nr. 30.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z pracowni anatomii topograficznéj prof. Dra A. Taubera w Warszawie.

O przygotowywaniu i przechowywaniu przekrojów ciała ludzkiego.

Rzecz przedstawiona i objaśniona na II. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie

z demonstracyją odpowiednich preparatów.

Według wykładu mianego na II-gim Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Wołkowicz, asystent przy téj katedrze.

Parę słów pragnę powiedzieć o przygotowywaniu i przechowywaniu preparatów anatomicznych, przedstawiających przekroje rozmaitych części ciała ludzkiego.

Że preparaty podobne mają bardzo ważne znaczenie przy nauczaniu chirurgii, to zdaje się nie ulegać żadnéj wątpliwości. Na żadnym bowiem, śmiało rzec mogę, preparacie wzajemne stosunki topograficzne mięśni, naczyń, nerwów, kości i tkanki łącznéj nie przedstawiają się tak naturalnemi i wyraźnemi jak na tamtych.

Ot tak porównajmy naprzykład jaki suchy preparat anatomiczny z liczby tych, których tak wiele się starannie pielęgnuje w muzeach anatomicznych. Ile pracy wymaga staranne wykończenie takiego preparatu mięśni, mózgu i nerwów, każdy anatom i nieanatom dobrze wie; po skończonem zaś preparowaniu trzeba jeszcze preparat długi czas suszyć, od czasu do czasu oblewać terpentyną, wreszcie malować i lakierować. I cóż ostatecznie uczący się anatomii topograficznéj widzi na takim preparacie? Tkanki łącznéj w preparacie niema, bo tę śród preparowania mięśni, naczyń itd. starannie usuwano; skóry, jak również powięzi także brak. Mięśnie choć są, ale prawie zawsze nie na swojem miejscu i nienaturalnéj grubości; początek ich i przyczep są wyraźne i pouczające, ale przebieg, szerokość i grubość mięśnia bardzo często mogą uczącego się w błąd wprowadzić. Mięsień krawiecki (*sartorius*) np. przedstawia się jako wązka taśma, idąca w prostym kierunku od górnego przedniego kolca kości biodrowéj do guzowatości piszczela, podczas gdy właściwy jego kierunek jest bardziéj spiralny niż prosty, od swojego początku idzie m. krawiecki w dół, następnie ukośnie ku wewnątrz, następnie zaś prosto na dół, a przyczep zwraca się na zewnątrz do guzowatości piszczela i do powięzi golenia.

Mięsień wysmukły (*gracilis*) czyli prosty wewnętrzny przedstawia się na suchych preparatach w kształcie postronka, a m. pośladkowy największy, którego grubość dochodzi do kilku ctm., przedstawia na tych preparatach grubość co najwięcéj podwójnéj podeszwy, t. j. jednego lub $1\frac{1}{2}$ ctm.

Co się naczyń tyczy, to te posiadają na suchych preparatach swoje rozgałęzienia i anastomozy; jedne i drugie bardzo ważne dla chirurga, znajomość ich szczególnie jest potrzebną przy nakładaniu podwiązek na ważniejsze pnie naczyniowe. Widzimy także stosunek naczyń do stawów, lecz nie jesteśmy pewni co do samego położenia naczynia, a względnie odległości jego od kości lub stawu, albowiem naczynia zmieniają często swoje położenie śród wysuszania preparatu i utwierdzania ich nitkami w pewnem miejscu.

Co powiedzieliśmy o nienaturalnem położeniu naczyń, można powtórzyć o nerwach.

Na przekrojach zaś ciała ludzkiego widzimy dokładnie ilość tkanki łącznéj, stosunek wzajemny skóry, mięśni, kości, naczyń i nerwów, widzimy dokładnie wzajemny stosunek mięśni do siebie, do naczyń, do nerwów i do kości, stosunek powięzi do innych organów, stosunek istoty zbitéj kości do istoty gąbczastéj i t. d.

Jak ważną jest dla chirurga dokładna znajomość wzajemnych stosunków organów do siebie, wystarczy przypomnieć zakładanie podwiązek, amputacyje (oryjentowanie się w kikucie poamputacyjnym), wypiłowanie stawów i rany postrzałowe; dokładna znajomość stosunków anatomicznych

pozwala nam przy wiadomym kierunku rany postrzałowéj określić, jakie przyrządy uległy uszkodzeniu.

Nie chcę bynajmniéj powiedzieć, żeby jedynie przekroje ciała ludzkiego zupełnie wystarczały do wykładów anatomii chirurgicznéj, potrzebne są swoją drogą preparaty, jakiemi się anatomija opisowa posługuje, a mianowicie preparaty z rozgałęzieniami naczyń i nerwów, preparaty więzów i stawów itd., a także prócz tego t. zw. preparaty okienkowe *(Fensterpräparate)*, w których nóż anatoma w pewnem miejscu rozdziela tylko tkanki, zostawiając je na miejscu dla okazania anatomii pola operacyjnego przy nakładaniu np. podwiązek na naczynia.

Przygotowywanie przekrojów.

Dla otrzymania gładkich płaszczyzn przecięć ciała ludzkiego, zamrażamy trupy i ostrą piłką krajemy ciało trupa na plastry (grubości 1—2 ctm.) w dowolnym kierunku. Jeżeli klimat miejscowości nie daje nam mrozów przynajmniéj kilkostopniowych, wtedy musimy się posługiwać sztucznemi oziębiającemi mięszaninami. Mróz musi być kilkostopniowy (przynajmniéj 7—8° R. niżéj zera), ażeby trup dobrze zamarzł, albowiem przy słabym mrozie soki tkanek zawierające sole nie ścinają się w masę lodową. Trup musi na mrozie leżeć przynajmniéj przez dobę. Braune[1]) używał mięszaniny z 6 centnarów śniegu lub drobno rąbanego lodu i 2 centnarów soli kuchennéj i przy +15° R. na powietrzu kładł trupa do skrzyni blaszanéj, napełnionéj ową mieszaniną; okrywał skrzynię deskami drewnianemi i słomą, i po dwóch dniach przystępował do piłowania. Na gładką powierzchnię odpiłowanego preparatu nalewał cienką warstwę wody, która zaraz przymarzała; na nią kładł przeźroczysty papier, na którym nie trudno było ołówkiem oznaczyć kontury organów. Rysunki te odpowiednio wykończone posłużyły Braunemu za materyjał do znakomitego jego atlasu.

Jeżeli chcemy, ażeby na przekrojach widać było wyraźnie tętnice i żyły, należy je przed zamrożeniem trupa nastrzyknąć jakąś masą zabarwioną. Masa kitowa prof. Teichmana, ten tak cenny w innych przypadkach nabytek techniki anatomicznéj, jest dla będących w mowie preparatów nieodpowiednią, albowiem nie prędko tężeje i choć powoli, jednak mogłaby wypłynąć z przeciętych naczyń. Dlatego też w pracowni prof. Taubera trupy przed zamrażaniem nastrzykujemy dawną łojowo-woskową masą po odpowiedniem ogrzaniu masy i trupa, przyczem trzeba cierpliwie znieść wszystkie połączone z tą czynnością niewygody i przykrości, jak je dokładnie opisał prof. Teichman w swojéj pracy o nowéj kitowéj masie[2]). Do tętnic używamy masy zabarwionéj cynobrem, do żył ultramaryną. Tętnice nastrzykujemy albo przez tętnicę główną, po uprzedniem przepiłowaniu mostka wzdłuż, albo też przez jednę z tętnic udowych w kierunku do serca — wtedy pozostaje nienastrzykniętą noga, przez któréj tętnicę nastrzykiwanie się odbywa, albo też wreszcie, co jest najpewniejsze, przez doprowadzającą tętnicę każdéj ważniejszej części ciała oddzielnie. Żyły nastrzykujemy przez kilka obwodowych małych żyłek w kierunku dośrodkowym.

Co do wyboru trupa, to właściwie każdy trup nadaje się do przygotowywania przekrojów o tyle, o ile on nie przedstawia jakich zniszczeń lub wyniszczeń, albo też zboczeń patologicznych, nie mogących przecież ilustrować normalnych stosunków anatomicznych. Jeżeli preparaty mają być nastrzyknięte, to nieodpowiednie są trupy ludzi starych lub dotkniętych miażdżycowem zwyrodnieniem naczyń, albowiem te ostatnie często podczas nastrzykiwania pękają, dając wynaczynienia w tkanki otaczające.

Przechowywanie preparatów.

O ile mi się zdaje, to rzadko które muzeum w Europie prócz muzeum Huntera w Londynie, posiada zbiory przekrojów ciała ludzkiego; a to pewnie dlatego, że przechowywane w zwykle używanych płynach konserwujących zmieniają się: mianowicie kurczą się preparaty (w spirytusie), albo w najlepszym razie oddzielne organy jak np. mięśnie tracą pierwotną swoję barwę (w roztworach cynku, sublimatu, a nawet karbolu) i przybierają kolor żółtawy, brudno-szary lub biały. Przygotowywanie zaś częstych świeżych prepararatów zabiera dużo czasu, albowiem trwa co najmniéj parę dni.

Próby robione w pracowni prof. Taubera z roztworem tymolowym Wywodcewa dla przechowywania w mowie będących preparatów dały rezultaty stosunkowo bardzo dobre. W płynie tym po zachowaniu pewnych ostrożności preparaty 1) nie gniły, 2) nie zmieniały się jako anatomo-topograficzne preparaty t. j. stosunki anatomiczne na preparatach nie zmieniały się, co mogłoby mieć miejsce wtedy, gdy jedne tkanki kurczą się więcéj od innych, powierzchnia preparatu traci wówczas swoją prawidłową płaszczyznę, a natomiast okazuje zagłębienia i wyniosłości, 3) pierwotna barwa organów, na myśli mam głównie mięśnie, zwykle się nie zmieniała.

Wywodcew w swojéj pracy[1]) podaje dwa przepisy roztworu tymolowego do balsamowania trupów i przechowywania preparatów anatomicznych i małych zwierząt: 1) *Thymoli crystal. 1·0, spirit. vini 9·0, glycerini 324·0, Aq. dest. 324·0.* 2) *Thymoli 1·0, spirit. vini 9·0, glycerini 432·0 Aq. dest. 216·0.* W miarę ilości wody, jaką trupy zawierają, używa pierwszego lub też drugiego roztworu; trupy więc ludzi dotkniętych wodną puchliną balsamuje drugim roztworem. Nie zdaje mi się jednak, ażeby płyny podane były odpowiednie do balsamowania trupów, albowiem 1) tymol jest lotny i 2) co ważniejsza, potrzeba bardzo dużéj ilości płynu na jednego trupa, wynoszącéj blisko połowę wagi jego; w razie użycia téj ilości, w jakiéj używa się do balsamowania innych płynów, trupy po paru dniach gnić zaczynają.

Co do preparatów, to ma jakoby wystarczać trzymanie ich w jednym ze wskazanych płynów przez czas około 20 dni, poczem ma być zupełnie możebnem przechowywanie preparatów na powietrzu.

Przekonałem się jednak, że preparaty, trzymane nie tylko przez 20 dni, ale nawet przez parę miesięcy, i w dodatku nie w jednym, lecz w zmienianym od czasu do czasu roztworze tymolowym, na powietrzu pleśnieją lub w najlepszym razie kurczą się, nieraz nie do poznania; natomiast preparaty, trzymane w owych płynach stale, zmianom widocznym nie ulegają.

Dawniéj trzymaliśmy preparaty w dużych szklanych naczyniach, jeżeli preparaty jednak nie są porządnie jedne na drugich ułożone lub zbyt dużo ich jest w jednem naczyniu, wtedy tracą one, a zwłaszcza u spodu leżące, pierwotną swoję formę, spłaszczają się całkowicie lub miejscami. Prócz tego przez częste wyjmowanie preparatów z naczyń i zbyt dotykalne oglądanie ich, części mniéj widoczne zostają na

[1]) Wywodcew. O balsamirowanji i sposobach sochranienja anatomiczeskich preparatow i trupow żywotnych. S. Petierburg 1881.

wierzch wyciągnięte lub szczypczykami poniszczone, lub też, co się także zdarza, pozbawione zupełnie oddzielnych organów, n. p. nerwów.

Obecnie więc świeże preparaty trzymamy tylko jakiś czas w większem, niezbyt wysokiem płaskiem naczyniu, przyczem co parę tygodni płyn zmieniamy tak długo, póki się nie przestaje zabarwiać na czerwono od krwi, znajdującéj się w tkankach. Potem przekładamy preparaty do płaskich okrągłych naczyń szklanych (wysokości około 5 ctm.). Preparaty, jakie tu mam, zanurzone są do połowy w gipsie; przez to raz ułożone nie zmieniają swego położenia i po zalaniu ich rozczynem tymolowym wyraźnie je widać przez szklaną pokrywę dobrze dopasowaną do naczynia.

Płynu używamy podług przepisu drugiego t. j. *Thymoli 1,0 Spirit. vini 9,1. Glycerini 432,0. Aq. destillatae 216,0.* Przygotowanie płynu powinno odbywać się w tym porządku, w jakim wymieniliśmy składowe części t. j. należy tymol rozpuścić najpierw w spirytusie, otrzymany roztwór wlewamy i mięszamy z całą ilością gliceryny, i wreszcie dolewamy wodę i znów kłócimy. Jeżeliby przy niezachowaniu tego porządku na powierzchni płynu pokazały się kryształy tymolu, wówczas należy dodać nieco eteru siarczanego, i jak tylko się kryształy rozpuszczą, płyn dobrze skłócić.

Naczynia powinny być szczelnie zamknięte lecz tak, ażeby w razie potrzeby można je było odkryć, czy to dla zmiany płynu, czy też dla innego celu. W przeciwnym razie tymol się ulatnia i preparaty pokrywają się pleśnią; wystarcza jednak wtedy pleśń mechanicznie (szczoteczką) usunąć, preparat wodą lub lepiéj odpowiednim rozczynem tymolowym opłukać i na nowo zalać świeżym płynem, preparaty jednak potem nie mają już tego żywego dawnego koloru, lecz są o wiele bledsze.

Preparaty, jakie mam zaszczyt szanownym Panom demonstrować, przygotowane były w zimie półtora roku temu i wyglądają jak świeże. Są to: przekrój poprzeczny goleni w górnéj $^1/_3$ części, przekroj poprzeczny kolana w położeniu wyprostnem w połowie rzepki, daléj przekrój poprzeczny ramienia i wreszcie 2 przekroje poprzeczne szyi dziecka — jeden tuż nad barkami, a drugi na wysokości chrząstki obrączkowéj.

Wobec tak dodatnich rezultatów prób przechowywania w roztworach tymolowych preparatów w mowie będących, nie bez wartości byłyby próby zastosowania téj saméj metody do preparatów anatomo-patologicznych, albowiem wiele z nich zyskałoby znacznie, gdyby się udało utrzymać ich pierwotną barwę w stanie niezmienionym

II. O napadzie apoplektycznym.

Przez

Prof. Dra Adamkiewicza.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Jeśli napad apoplektyczny jest niczem innem, jak tylko objawem podrażnienia, to można już z góry przypuścić, że on pozostaje w związku z drażnieniem o pewnéj sile i z pewnemi obszarami. Albowiem uwzględniwszy tylko obydwa momenta siły drażnienia i pobudliwości rozmaitych obszarów mózgu, można zrozumieć, dlaczego krwotoki w pień mózgu idą w parze z insultem apoplektycznym, a w korze z powolnym insultem tj. bez nagłéj utraty przytomności, a z drugiéj strony, dlaczego już małe krwotoki ciężki insult wywołują, a w innych miejscach wielkie występują bez objawów.

Uwzględniwszy te fakta, trzeba było przy doświadczeniu, aby odpowiedzieć na to, czy insult jest następstwem drażnienia, czy też nie, zwrócić uwagę na siłę drażnienia i na obszar, gdzie drażnimy.

Ponieważ wszystkie dotychczasowe teoryje wskazują, że on powstaje zawsze przez to, że cały mózg wraz z korą bierze udział, to najprzód należało rozstrzygnąć, czy ogólne drażnienie mózgu wywoła insult apoplektyczny, czy też nie.

Cały mózg drażnić można przez wtłaczanie drażniącego płynu w substancyę mózgową, czy to przez *aa. carotis*, czy też wtłaczając płyn o wysokiem parciu po sztucznem otwarciu czaszki. Rozczyn soli kuchennéj (0,6%), z dodatkiem małéj ilości amoniaku, posiada wszelkie własności płynu działającego drażniąco na substancyę mózgową. A wszystko co otrzymamy wtedy, wchodzi w zakres „ucisku mózgu“ t. j. *Nystagmus*, zmiany w respiracyi, w działaniu serca a nawet *coma* i śmierć, ale nie występuje napad apoplektyczny. A samo *coma* nie wystarcza do scharakteryzowania napadu apoplektycznego.

Utrata przytomności musi nietylko przyjść do skutku, ale bardzo prędko musi wystąpić, a potem musi znowu zniknąć. Z tamtych doświadczeń wynika, że ogólne podrażnienie mózgu, choćby ono było tak silne, aby śmierć za sobą pociągnęło, nie może być uważanem jako podstawa napadu apoplektycznego. A z tego wynika, że teorye wskazujące na zajęcie całego mózgu i kory — podczas napadu — są błędne. Wkrótce poznamy fakta, które nas jeszcze dobitniej pouczą o niesłuszności tego twierdzenia.

Jeżeli przez drażnienie mózgu nie można wywołać napadu apoplektycznego, to jeszcze pozostaje wykazać, czy drażnienie pojedyńczych obszarów nie okaże się skuteczniejszem. Doświadczenia na ludziach wskazują, że musimy przedewszystkiem oddzielić pień mózgu od kory, bo w téj ostatniéj krwotoki bez insultu występują, a krwotoki do pnia są połączone z silnym napadem.

Używam do doświadczeń królików i wypróbowałem pojedyńcze obszary, drażniąc je prądem elektrycznym po zdjęciu osłon czaszkowych. Takowe z łatwością u królika dają się zdjąć, bo duża zatoka żylna nie jest tu z kością zrosła, lecz pod nią przebiega i łatwo można ją podwiązać. Skoro teraz kora jest odsłonięta, to można łatwo przez drażnienie rozmaitych obszarów pobudzić pewne systemata mięśniowe do czynności.

W pracy mojéj o ucisku mózgu podałem dokładną lokalizacyę funkcyi kory mózgowéj u królika. Przez drażnienie jéj prądem elektrycznym nic więcéj niż zwiększoną aż do tężca akcyję mięśni głowy, kadłuba i kończyn, otrzymać nie mogłem. Znaczy to, że drażnienie kory mózgowéj królika nie wywołuje napadu apoplektycznego.

Aby się dostać do ośrodków pnia mózgowego, podnoszę nożem ostrym całą korę i w ten sposób obustronnie otwieram komórki mózgowe. Z przodu wtedy widzimy *Corpora striata* zbliżone wejrzeniem swojem do retorty, między niemi *Corpus callosum*, a po za niemi *thalami optici* zakryte przez *fornix*, a za niemi boczne części *corpus callosum* i części boczne *fornicis*, rogi *Ammona*. Przez ostatnie nieznacznie przykryte *corpora quadrigemina* z obydwoma wielkiemi przedniemi i dwoma małemi tylnemi pod móżdżkiem ukrytemi rożkami.

Odsłonięcie tych wszystkich części jest operacyją, którą królik znosi dobrze, tak, że po niéj tylko chwilowo staje się psychicznie ślepym, ale już po kilku godzinach dokładnie poznaje przedmioty i zachowuje się jak zwierze zdrowe. Jeśli teraz części odsłonięte prądem drażnimy, to otrzymujemy co następuje:

Drażnienie *corpora striata* daje drgawki twarzy; drażnienie *thalami optici* wywołuje kontraktury mięśni grzbietu; drażniąc w końcu *corpora quadrigemina* wywołujemy jakiś dziwny wybuch motoryczny, który polega na tem, że zwierzę z nadzwyczajną siłą wydziera się i wielkiemi skokami ucieka.

Żadne jednak z tych obszarów przy drażnieniu elektrycznem nie daje typowego napadu apoplektycznego.

W końcu zwróciłem się jeszcze do rogów Amona. W tym celu tylną częś *fornix* podniosłem, a potem zadrażniłem mostek środkowy, t. zw. „białą substancyję“, czyli *fornix* rogów Amona. To zadrażnienie wywołało w końcu skutek. Zwierzę nagle, jakby piorunem rażone, traci przytomność, pada i leży przez chwilkę jakby nieżywe. Źrenice rozszerzone nie oddziaływają na światło. We wszystkich czterech łapkach występują drgawki, a potem ulegają one kurczowemu tężcowi — i zwierzę znowu się nagle podnosi. Aby ten tak charakterystyczny napad dokładnie otrzymać, zwierzęcia narkotyzować nie należy.

Po doświadczeniu zwierzę jest oszołomione, ale wkrótce przychodzi do siebie, pozostaje przy życiu i zachowuje się zupełnie normalnie.

Aby dokładniéj wykazać przyrząd ten napad wywołujący, niszczyłem warstwami *fornix* gorącem żelazem i po każdéj takiéj procedurze znowu drażniłem. Pokazało się, że wrażliwość na napad apoplektyczny coraz bardziéj się wzmagała, albowiem występował on przy coraz bardziéj słabych prądach. Potem nagle działanie drażnienia ustało i dalsze drażnienie nie wywołało więcéj napadu apoplektycznego. Badając dokładnie te warstwy widzieliśmy, że *fornix* aż do *corp. quadr.* był zniszczony. Wynika ztąd, że u królika centra wywołujące napad apoplektyczny leżą w saméj substancyi *fornix* rogów Amona, a mianowicie poniżéj jego powierzchownych warstw i tutaj się odgraniczają.

Dalsze wnioski, jakie z tego doświadczenia wynikają, są następujące: Jeżeli u królika drażnienie pewnych obszarów mózgowych za pomocą prądu elektrycznego wywołuje napad apoplektyczny, to wynika ztąd, że ten napad nie jest objawem powstałym z powodu stosunków fizycznych, lecz jest objawem fizyjologicznym i należy do kategoryi objawów podrażnienia mózgu.

Ponieważ z rozmaitych obszarów mózgu królika tylko jeden nadaje się do wywołania insultu apoplektycznego, to ztąd wynika, że nietylko siła drażnienia, ale także i pobudliwość pewnego obszaru musi mieć wpływ na to, aby insult przyszedł do skutku.

Ponieważ jednak, jak to widzieliśmy, obszary mózgu królika, które są jeszcze wrażliwsze, jak n. p. *fornix, corpora quadrigemina*, nie wywołują insultu, to nie wystarcza siła drażnienia pewnych obszarów w ogólności, ale potrzebna jest jeszcze oznaczona jakość pobudliwości, którąbym nazwał „insultywną“.

Przypuszczenie, jakoby przy napadzie apoplektycznym kora mózgowa cierpiała, jakoby jéj zajęcie tłumaczyło nam utratę przytomności podczas napadu, to przypuszczenie nie może się więcéj w obec przytoczonego doświadczenia utrzymać. Albowiem 1. nie występuje u królika utrata przytomności mimo oddzielenia znacznéj części kory mózgowéj i 2. znika przytomność przy drażnieniu *fornix*, pomimo, że już wielkiéj części kory niema.

Wprawdzie musimy pamiętać o tem, że wrażliwość kory mózgowéj u zwierząt wzrasta w stosunku do ich inteligencyi, a ponieważ inteligencyja pojawia się w doskonałości, na podstawie któréj z ruchów powstają świadome[1]) czynności, to właśnie dlatego wyniki otrzymane u królika nie odnoszą się bez pewnych modyfikacyj do człowieka. To jednak nie obala rezultatów moich badań, z których wynika, że kora żadnego nie bierze w insulcie udziału.

Pozostaje nam jeszcze na podstawie wyników podać odpowiednie tłomaczenie pośrednich objawów „przy insulcie“. Przyjęte „mechaniczne“ tłomaczenie wykazuje, że one są następstwem wywołanych przez insult wahań parcia, względnie rozdziału krwi w mózgu. Ponieważ jednak taki rozdział krwi nienormalny nie istnieje, a z drugiéj strony nie można zaprzeczyć, że istnieją takie objawy pośrednie, które po insulcie powoli znikają, to muszą one na innem a nie na mechanicznem tle powstawać.

Że i tutaj fizyjologiczny a nie fizyczny stosunek w tych objawach istnieje, to już wynika ztąd, że można utrzymać utratę przytomności, drażniąc nietylko mózg, ale i inne części.

Silne uderzenie w *plexus solaris*, wstrząs całego ciała również wywołuje utratę przytomności, a mimo to nie istnieją tutaj dodatnie lub ujemne wahania parcia, ani też żadna zmiana w cyrkulacyi krwi w mózgu.

Jak więc tutaj odruchy o działaniu porażającem mogą zadziałać na mózg, tak i utrata przytomności przy insulcie apoplektycznym a więcéj jeszcze kompleks objawów pośrednich na drogach odruchowych, które istnieją w mózgu w niezliczonéj ilości i na wszystkie się strony rozprzestrzeniają, może w bardzo łatwy sposób nastąpić.

III. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci.

Podał
Dr. Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Po tym krótkim wstępie o sposobach badania krwi przystępujemy do rzeczy, mianowicie do pierwszéj kwestyi postawionéj przez nas: jakie zmiany zachodzą we krwi osób dotkniętych przymiotem a nie leczonych jeszcze przetworami rtęciowemi. Odpowiednich spostrzeżeń mieliśmy 30, które dzieląc stosownie do płci i wieku pomieszczamy w trzech następujących tablicach.

Przypatrzmy się teraz otrzymanym faktom.

1) Czerwone krążki. Otrzymaliśmy średnio dla mężczyzny chorego na przymiot 6.158,000 czerwonych krążków, (maksimum 6.910,000, minimum 4.732,000), dla kobiety

[1]) Dokładniéj o tem w pracy mojéj „o ucisku mózgu“ i „patołogija ucisku mózgu“, C. II.

I. Mężczyźni.

Nr.	lata	zajęcie	okres choroby	Ilość czerwonych krążków	Ilość białych ciałek	Stosunek białych do czerwonych	Białe ciałka jedno-jądr. małe	Białe ciałka jedno-jądr. duże	Białe ciałka wielo-jądrowe	Ilość hemoglobiny
1	26	subjekt handlowy	*Stad. condylomatum*	6.392,000	16.000	1 : 399				
2	22	włościanin	„	4.732,000	20.000	1 : 238				
3	30	rzemieślnik	*Syph. cut. papulosa*	6.456,000	20.000	1 : 322				
4	19	piekarz	*Stad. condylomatum*	6.600,000	24.000	1 : 275				
5	24	włościanin	*Syph. cut. maculosa*	6.920,000	12.000	1 : 577	46	9	45	95%
6	30	włościanin	„	6.300,000	16.000	1 : 400	42	10	48	90%
7	18	subjekt	*Stad. condylomatum*	15.836,000	14.000	1 : 417	42	6	52	90
8	36	stolarz	„	5.948,000	10.000	1 : 594	37	5	58	70
9	28	włościanin	„	6.204,000	22.000	1 : 282	20	5	75	100
10	19	robotnik	*Syph. cut. maculosa*	6.200,000	14.000	1 : 442	.	.	.	95
		Przeciętnie . .		6.158,000	16.800	1 : 366	37·4	7·0	55·6	90%

II. Kobiety.

1	20	prostytutka	*Syph. cut. maculosa*	5.200,000	20.000	1 : 260				
2	17	„	*Stadium condylom.*	5.520,000	12.000	1 : 426				
3	27	służąca	„	4.644,000	16.000	1 : 290				
4	19	robotnica	„	5.440,000	16.000	1 : 340				
5	20	„	*Syph. cut. maculosa*	5.236,000	16.000	1 : 326				
6	22	„	„	4.880,000	8.000	1 : 610				
7	21	włościanka	*Stadium condylom.*	3.452,000	8.000	1 : 556	53	3	65	65
8	16	„	„	4.508,000	16.000	1 : 281	35	4	80	80
9	22	„	„	5.560,000	12.000	1 : 447	31	7	70	70
10	38	służąca	*Gummata*	5.460,000	10.000	1 : 540	22	12	65	65
11	16	prostytutka	*Stadium condylom.*	5.776,000	10.000	1 : 577	28	19	60	60
12	21	służąca	„	6.156,000	20.000	1 : 307	21	22	80	80
13	20	prostytutka	*Syph. cut. maculosa*	6.200,000	16.000	1 : 388	30	10	80	80
14	42	służąca	*Stadium condylom.*	5.644.000	12.000	1 : 470	38	4	75	75
15	28	„	„	4.824,000	14.000	1 : 344	32	6	65	65
16	27	włościanka	„	4.884,000	10.000	1 : 488	40	6	60	60
17	16	prostytutka	„	5.280,000	12.000	1 : 440	39	14	80	80
18	20	„	*Syph. cut. papul.*	5.496,000	12.000	1 : 461	.	.	.	75
		Przeciętnie . .		5.272,000	13.330	1 : 395	33·5	9·7	56·8	70·8%

III. Dzieci.

1	1 3/4	dziecko włościan.	*Stad. candyl.*	5.400,000	24.000	1 : 225	55	8	37	55%
2	1/3	„	„	5.372,000	20.000	1 : 268	45	10	45	60%
		Przeciętnie . .		5.386,000	22.000	1 : 244	50	9	41	57·5%

zaś średnio 5.272.000 (maksimum 6.200,000, — minimum 4.452,000), nakoniec dla dzieci średnio 5.386,000. Liczbę czerwonych krążków krwi w prawidłowych warunkach, u zdrowych rozmaicie określano. Malassez przypuszczał średnio 4.300,000, Hayem 5.000,000. Sörensen podaje najściślejsze daty na zasadzie licznych badań wyprowadzone. Otóż z badań tych wynika, że u mężczyzn w wieku od 20—30 lat liczba czerwonych krążków w jednym sześciennym milimetrze wynosi 5.600,000—5.800,000, u kobiet w tymże wieku 4.800,000—5.300.000. U dzieci liczba czerwonych krążków podług Sörensena jest większa, mianowicie wynosi od 5.200,000—6.000,000.[1]) Ztąd widzimy, jak trudno określić rzeczywistą prawidłową liczbę; wahania indywidualne są tutaj znaczne i zgodzić się musimy, że liczba fizyjologiczna czerwonych krążków waha się pomiędzy najniższą $4\frac{1}{2}$ mil. a najwyższą $6\frac{1}{2}$ t. j. w rozległych bardzo granicach.

W każdym razie liczby znalezione przez nas nie dowodzą wcale zmniejszenia ilości czerwonych krążków, przeciwnie raczej nawet liczby te zbliżają się do maksimum fizyjologicznego. Ta okoliczność tłómaczy się tém, że wszyscy nasi chorzy byli ludzie młodzi w kwiecie wieku, najczęściéj dobrze odżywieni.

Przymiot więc przynajmniéj w pierwszych swych okresach nie wywołuje wcale zmniejszenia czerwonych krążków. Dodaję dlatego w pierwszych okresach, gdyż wszyscy prawie nasi chorzy, których krew badaliśmy, przedstawiali przypadki świeże przymiotu, w których od zarażenia upłynęło od 2—4 miesięcy. Jedyny przypadek zadawnionego przymiotu, gdzie znajdowaliśmy ziarniniaki owrzodziałe w gardle, obrzmienie gruczołów znaczne i wypadanie włosów, gdzie początek choroby należało datować od 5 lat, spostrzegaliśmy u choréj, Nr. 10 tablicy. I w tym jednak przypadku liczba czerwonych krążków była 5.400,000, a zatem ilość zupełnie prawidłowa.

Chcąc się przekonać dokładnie o wpływie jadu przymiotowego na ilość czerwonych krążków, pozostawiłem umyślnie dwóch chorych z wysypkową postacią przymiotu bez leczenia, jednego przez 10 dni, drugiego przez 2 tygodnie. W obu przypadkach kilkakrotnie powtarzane badania krwi nie pokazały wcale ubytku czerwonych krążków.

B i a ł e c i a ł k a. Ilość białych ciałek w jednym sześciennym milimetrze znaleźliśmy u mężczyzn 16,800 średnio (maksimum 24,000, minimum 10,000). U kobiet średnio 13,330 (maksimum 20,000, minimum 8,000), u dzieci zaś średnio 22,000. Porównywając te liczby z ilością fizyjologiczną u zdrowych (4 — 7 tysięcy podług Malasseza) widzimy, że w przymiocie stale spotykamy powiększoną ilość białych ciałek krwi. Wskutek właśnie tego i stosunek białych ciałek do czerwonych krążków powiększa się. Zamiast średniego fizyjologicznego 1 : 600, znajdujemy u mężczyzn 1 : 366, u kobiet 1 : 395, u dzieci 1 : 244. Jak wiadomo, białe ciałka krwi zawierają w sobie jądra, które uwydocznić można bądź przez dodanie słabego roztworu kwasu octowego, bądź przez rozmaite sposoby barwienia. Otóż barwiąc krew powyżéj opisanemi sposobami, znajdujemy śród białych ciałek 1) małe ciałka zawierające jedno jądro, wypełniające prawie całe ciałko z małym tylko rąbkiem pierwoszczy; są to tak zwane lymfocyty, 2) duże ciałka z jednem dużem jądrem, słabo barwiącem się i 3) większe lub mniejsze ciałka z licznemi (3—5) jądrami lub nieprawidłową figurą (w kształcie podkowy, esowatą) jądra. Są to tak zwane ciałka wielojądrowe. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że wielojądrowe ciałka powstają z jednojądrowych lymfocytów, których jądro wydłuża się, przyjmuje nieprawidłową postać, a następnie dzieli się na kilka jąderek. Wszystkie te przechodnie formy można spostrzegać we krwi, prawdopodobnie więc w saméj krwi następuje powyżéj opisane przekształcenie.

Opisujemy tutaj 3 postacie białych ciałek: jednojądrowe małe, jednojądrowe duże i wielojądrowe, zaliczając do wielojądrowych i te przechodnie postacie z wielopostaciowem jądrem (t. zw. *Uebergangsformen* Gollascha [1]). Od wielojądrowych należałoby wyróżnić tak zwane komórki Ehrlicha, barwiące się eozyną (*eosinophile Zellen*). W ciałkach tych, zwykle dużych wielojądrowych pierwoszcze jest gruboziarniste, barwi się pięknie eozyną na purpurowy kolor, podczas gdy jądra pozostają niezabarwione a przy podwójnem barwieniu przyjmują barwę drugiego barwika (hematoksyliny, fijołku gencyjanowego).

W ostatnim czasie wprowadził Ehrlich sposób liczenia wszystkich tych ciałek na zabarwionych suchych preparatach. Staramy się przesuwając szkiełko w różne miejsca wyliczać w polu mikroskopowem ilość ciałek białych w rozmaitych ich postaciach. Ehrlich znalazł, że we krwi prawidłowéj jest najwięcej wielojądrowych ciałek (70—75%), około 15—20% wypada na jednojądrowe lymfocyty, a reszta na komórki eozynowe i postacie przechodnie.[2]) Do takich prawie wyników doszedłem i ja przy moich obliczeniach na preparatach pochodzących z krwi osób zdrowych, lub chorych na organiczne choroby (*nephritis*, *tuberculosis*). Badania zaś moje nad krwią osób przymiotowych pokazały stale zmieniony stosunek. Powiększa się znacznie ilość lymfocytów: 37,4 u mężczyzn; 33,5 u kobiet, 50 nawet u dzieci stanowią odsetek tych ciałek. Stosownie do tego ilość wielojądrowych ciałek zmniejsza się. Ciałek barwiących się eozyną zwykle w krwi przymiotowéj spotykamy bardzo mało. Nieraz przy poszukiwaniu na całym preparacie nie mogłem znaleźć ani jednéj komórki eozyną zabarwionéj i przypominam sobie jeden tylko przypadek, gdzie odsetek komórek eozynowych dochodził do 5.

T. z. p ł y t k i B i z z o z e r y nie są zdaje się niczem, jak tylko cząstkami rozpadu białych ciałek. Do takiego wniosku upoważniają jednakowy ich sposób zabarwienia z białemi ciałkami krwi. Udaje się czasem spostrzegać bezpośrednie ich oddzielanie się od białych ciałek krwi, jak to się wielokrotnie przekonałem przy swoich badaniach podjętych w tym kierunku. Rola ich fizyjologiczna nie jest dokładnie zbadana, to tylko napewno twierdzić można, że są one niezdolne do postępowego przekształcenia się, że ostatecznie rozpadają się, rozpływają się, że tak powiem. Ilość ich przez Bizzozerę normalnie we krwi ludzi zdrowych określaną była na 400,000 w jednym sześciennym milimetrze. Jestto jednak liczba zupełnie hypotetyczna. Kilkadziesiąt badań przedsiębranych przezemnie w tym kierunku u ludzi zdrowych i chorych przekonały mnie, że ilość płytek w jednostce krwi podlega niesłychanym wahaniom, od 50,000 — $1\frac{1}{2}$ milijona. Jeżeli nic nie można powiedzieć stałego ani pewnego o ich ilości

[1]) Cytowano w podręczniku fizyjologii Hermana T. IV.

[1]) W podręczniku *Mikroskopische Technik* Friedländera i Ebertha 1889 r. wyd. IV. — [2]) *Ueber das Verhalten der Lymphocyten zu den weissen Blutkörperchen*, *Dissertation* Berlin 1884 r.

w prawidłowych warunkach, to także i w przymiocie liczby te są najrozmaitsze. Dwa razy spostrzegałem ich ilość mocno powiększoną, mianowicie u kobiety Nr. 10 tablicy IIgiej — 1.400,000 i u dziecka Nr. 2 tablicy IIciej — 1.256,000 w 15 zaś innych przypadkach ilość ta wahała się pomiędzy 72,000—450,000. Wahania te widocznie zależą od zwiększonego lub zmniejszonego rozpadu białych ciałek, lecz od czego ten rozpad zależy, pozostaje kwestyją nierozstrzygniętą.

Hemglobiny ilość w przymiocie widocznie jest stale zmniejszoną przy zupełnie prawidłowéj ilości czerwonych krążków. Jeżeli przypuścimy, że podziałka 100 hemoglobinometru Fleischla odpowiada prawidłowemu zabarwieniu krwi u mężczyzn, a podziałka 90 u kobiet, to liczby przez nas otrzymane pokazują stale zmniejszenie. U mężczyzn zmniejszenie to dochodzi tylko 10% (90 zamiast 100) u kobiet blisko 20% (70,8 zamiast 90). Widocznie więc zabarwienie czerwonych krązków pod wpływem jadu przymiotowego ulega poważnemu zaburzeniu.

Takie mniéj lub więcéj wyniki otrzymaliśmy przy badaniu krwi osób, dotkniętych przymiotem a nie leczonych. Teraz musimy zobaczyć, jakie zmiany wywołuje leczenie rtęcią.

II. Przy leczeniu stosowaliśmy najczęściéj (17 przypadków) wcierania szaréj maści w ilości 3·0. Wcierania były robione aż do wystąpienia lekkiego ślinotoku. Jak dziąsła zaczynały obrzmiewać i ilość śliny widocznie się powiększała, a chory uczuwał ścierpnięcie zębów, wcieranie maści szaréj przerywaliśmy aż do czasu ustąpienia zupełnego tych objawów. Dodać jednak trzeba, że w kilku przypadkach umyślnie stosowaliśmy wcierania aż do wystąpienia mocnego obrzmienia dziąseł i mocnego ślinotoku. Nigdy jednak nie dochodziliśmy do jakichkolwiek owrzodzeń w jamie ustnéj. Nawiasem zresztą mówiąc, ślinotok u chorych szpitalnych, którzy pomimo wszelkich zaleceń mniéj dbają o czystość jamy ustnéj, występuje wcześniéj i mocniéj, aniżeli u chorych prywatnych, więcéj dbałych pod tym względem. Utrzymanie czystości jamy ustnéj odgrywa tu widocznie wielką rolę, to też obrzmienie dziąseł nie jest bezwzględnym znakiem nasycenia leczniczego ustroju rtęcią.

Zastrzykiwania podskórne nierozpuszczalnych przetworów rtęci, mianowicie w postaci mięszanki kalomelu w oliwie (Neisser), stosowaliśmy 6 razy. Raz tylko dodatkowo zastosowaliśmy po wcieraniach zastrzykiwania żółtego tlenku rtęci, podług przepisu Watraszewskiego. Zastrzykiwaliśmy nieco mniejsze dawki kalomelu, mianowicie zamiast ogólnie przyjętéj ilości 0·10, stosowaliśmy 0·08. Zastrzykiwania robiono co tydzień a nawet w pewnych przypadkach co 10 dni Ropni przy tych zastrzykiwaniach nigdy nie było. Objawów zatrucia oprócz ślinotoku nie spotykaliśmy żadnych. Czas trwania leczenia wynosił od 6 tygodni do 2 miesięcy.

Zadawanie wewnętrzne przetworów rtęci stosowaliśmy w 4 przypadkach, u dwóch dorosłych i 2 dzieci. Dorosłym zadawaliśmy jodnik rtęci w pigułkach (0·06 dziennie w 3 pigułkach, którą to dawkę podnosiliśmy na krótko do 0·09). Dzieciom zaś podawaliśmy kalomel w proszkach po 0·015, ilość tę powiększaliśmy do 0·02 dziennie. Pigułki i proszki chorzy przyjmowali przez 2 miesiące prawie bez przerwy do ustąpienia objawów przymiotu. Zatrucia rtęcią nie spostrzegaliśmy u tych. Biegunka wystąpiła w kilku przypadkach.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

Najwięcéj przypadków skrobiowatego i szklistego przeistoczenia spojówki spostrzegano dotąd w klinice Uniwersytetu Dorpackiego. Tam też w r. 1882 Th. Kubli opracował piękną swą rozprawę: „*Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren*“, w któréj przytoczył wszystkie uprzednio opisane przypadki. Lecz odtąd przybyło nam 13 nowych spostrzeżeń, zatem, jakkolwiek nie mam zamiaru przytaczać tu poszczególne przypadki, załączę jednakże ogólny ich opis.

W bardzo wielu przypadkach sprawa skrobiowata powstawała na gruncie jaglicowym, przedewszystkiem więc rozstrzygnąć wypada, czy jest ona zarówno jak sprawa szklista cierpieniem samodzielnem, czy stanowi może późniejszy tylko okres jaglicy, czy też nawet tylko przeistoczenie jaglicy, nie będę przytaczał zdań uprzednio wypowiedzianych, a opartych na mniejszéj ilości spostrzeżeń, powiem chyba, że pierwsi badacze (Oettingen i Kyber) dopatrywali związku pomiędzy obiema sprawami, znowu jak Saemisch i Stroehmberg na mocy własnych spostrzeżeń, wypowiedzieli zdanie, że obie sprawy zupełnie są od siebie niezależne. Z pomiędzy 48 przypadków (wraz z wyżéj przytoczonemi), których szczegóły bliżéj są nam znane, w 23 jaglicy wcale nie było, w 20 są zanotowane zmiany jaglicowe. Lecz jakież to były zmiany. „Liczne woreczki limfatyczne spostrzegano w jednym przypadku (v. Hippel), nieliczne i łuszczkę w jednym (Vossiusa 5-ty), obfite ziarniny w 8-miu (Becker, Stroehmberg 1, Jodko 2, Zwingmanna 2-gi i 3-ci, Adamiuka 2 i 3, Raehlmanna 1), nieliczne ziarniny w 2-ch (v. Oettingena i Kybera 2, Kubli 3). Wreszcie w pozostałych 8-miu przypadkach spostrzegano: jaglicę w okresie tworzenia się blizn 7 razy (Oettingen-Kyber 1, Saemisch Vogel, Mandelstamm i Rogowitsch, Zwingmann 1, Talko, moje 1-szy i 3-ci), rozlaną jaglicę w jednym przypadku (Leber 2). Jeśli nieliczne ziarniny w dwóch przypadkach spostrzegane (jak słusznie zauważył Kubli na str. 55) nie koniecznie stanowić mogły o jaglicy, trudno również przyznać bezwarunkowo sprawę jaglicową w 9-ciu przypadkach, w których spostrzegano na spojówce li tylko blizny (lub na rogówce łuszczkę), gdyż te nietylko z jaglicy powstać mogły. Wydaje mi się zatem prawdopodobnem, że jaglicy wcale nie było nietylko w 20, lecz co najmniéj w znacznie większéj liczbie przypadków. Daléj Kubli słusznie zwraca uwagę na okoliczność, że z pomiędzy 30 zebranych przez niego przypadków w jednym tylko (Saemisch-Vogel) spojówka przykrywająca narośle skrobiowate była dotknięta jaglicą, we wszystkich zaś innych jaglica (chociaż, jak widzieliśmy, bezwątpienia często bardzo podejrzanéj wartości), jeśli była spostrzeganą, to wyłącznie lub w drugiem oku, zwyrodnieniu skrobiowatemu nie uległem, lub też na częściach spojówki w tem samem oku położonych, lecz nie zwyrodniałych. Słuszności tego zdania bynajmniéj nie zaprzeczają te 13 przypadków, które nam od czasu pracy Kublego przybyły, gdyż z pomiędzy nich tylko w moim 4-tym przypadku mieliśmy bliznową jaglicę, a w 5 przypadku Vossiusa podejrzenie co do jaglicy, możemy więc powtórzyć z Kublim, że „spostrzeżenia dotychcza-

sowe stanowczo upoważniają raczéj do mniemania, iż powstawanie obok siebie obu spraw jest tylko przypadkowem, zaś częstość dotychczas spostrzeganych przypadków przebiegu sprawy skrobiowatéj niezależnie od jaglicy czyni prawie mniemanie to pewnikiem“ (str. 55).

Co się tyczy wieku, w którym cierpienie spostrzegano, uzupełniając zestawienia Kublego, otrzymamy następującą tabliczkę:

w wieku od 10—20 lat było chorych 10, 23·3%
„ „ 20—35 „ „ „ 23, 53·4%
„ wyżéj 35 „ „ „ 10, 23·3%

Liczby te nie wskazują bynajmniéj wieku, w którym cierpienie powstaje, gdyż o ile wiemy z przypadków przez czas dłuższy utrzymujących się na oku, rozwój zwykle bardzo jest powolny. Z pomiędzy 43 cierpiących było pod względem płci: mężczyzn 23, kobiet 20, czyli mężczyzn 53·5%, kobiet 46·5%, stosunek wypada zatem na niekorzyść mężczyzn.

Co do ogólnego stanu zdrowia, ten zawsze był mniéj lub więcéj zadowalający, o tyle przynajmniéj, iż z pomiędzy 43 przypadków w 9-ciu tylko spostrzeżono zmiany w ogólnym ustroju, z tych w czterech obrzmienie gruczołów limfatycznych, w czterech niedokrewność, w jednym reumatyzm mięśniowy. Wszakże stanowczo w żadnym przypadku nie dostrzeżono cierpień, które są zwykle powodem zwyrodnienia skrobiowatego organów wewnętrznych. Pod tym względem spojówka stanowi wyjątek. Co prawda, już Kyber (l. c, str. 132) dowiódł możności powstawania miejscowéj sprawy skrobiowatej w chrząstkach, gruczołach limfatycznych i skórze; wszakże osobniki te zawsze ulegały cierpieniom, które bez wątpienia wpływ potężny na stan ogólny wywierały, tak dalece, że Cohnheim nie przyznaje zwyrodnienia skrobiowatego bez chronicznego, ciężkiego cierpienia organizmu. Nie na korzyść powstawania zwyrodnienia skrobiowatego spojówki wskutek niezadowalającego ogólnego stanu organizmu przemawia również okoliczność, iż z pomiędzy 43 przypadków sprawę znajdowano w 17 w obu oczach, w 26-ciu w jednem tylko, w ostatnim razie częściéj w lewem (16) niż w prawem. We wszystkich przypadkach były rażone fałdy przejściowe, wyjątek stanowią tylko przypadki Raymonda i 2-gi Rachlmanna, w których sprawa zajmowała li tylko spojówkę gałki. Nadto na rogówce raz jeden tylko ją spostrzegano. Fałd półksiężycowy był dotknięty w 17-tu przypadkach.

Opisane w literaturze przypadki znacznie się pomiędzy sobą różnią, mają wszakże pewne cechy wspólne, które dają nam możność skreślić następujący obraz cierpienia. Skóra powiek była prawidłową i przesuwalną (w 1 szym przyp. Oettingena-Kybera, w 2gim Rachlmanna i w 3-cim Vossiusa barwa jéj była brunatną), w wyższych stopniach zwiększenia powiek daje się w niéj spostrzegać siatka rozszerzonych żył. Powieki są jakby ku wewnątrz wysadzone; w wyższych stopniach zwyrodnienia obu powiek w jednem oku tworzą one ku przodowi jakby półkole, jednocześnie brzegi ich wolne są jakby odsunięte ku przodowi od gałki, rzadko stosunkowo brzeg jest zwrócony ku gałce, a rzęsy podwinięte. Już w słabym stopniu zwyrodnienia odwracanie powiek bardzo bywa utrudnionem, w wyższych zaś stopniach jest zgoła niemożliwem. Przy odwracaniu tkanka łamać się może, powstają w niéj szpary, a nawet krwotoki. Górna powieka często tak dalece bywa opadniętą, iż brzeg jéj wolny znajduje się znacznie niżéj od brzegu dolnéj powieki. Przy namacywaniu zwyrodniałe powieki są twarde, powierzchnia najczęściéj guzowata. Już te zmiany niekorzystnie wpływają na wzrok, lecz o wiele szkodliwiéj jeszcze wyrosty w kształcie języków lub grzebieni kogucich, które powstają bądź z fałdów przejściowych, bądź z fałdu półksiężycowego i przykrywają znaczną część lub całą nawet rogówkę.

Gdzie się znajduje właściwe siedlisko sprawy? W opisach przypadków, pierwszych zwłaszcza, często jest mowa w ogólności o „zwyrodnieniu powiek“. Vogel opisuje przypadek Saemischa wprost jako *Perichondritis des Tarsalknorpels*, znów G. J. Becker ma w swoim przypadku *amyloid degeneration of tarsi*. O zwyrodnieniu chrząstek mówi też w swych przypadkach Strohmberg, Adamiuk również wspomina o zwyrodnieniu chrząstki, lecz uważa je za następcze. Dodać muszę, iż w żadnym przypadku nie dokonał on szczegółowego badania drobnowidowego, poprzestaje tylko na krótkiéj wzmiance, iż Arnstein badając jego przypadki znalazł w nich typowe zwyrodnienie skrobiowate. Twierdzenia te w ostatnich 3 przypadkach nie były zatem oparte na badaniach anatomicznych, co się tyczy przypadku Saemischa-Vogla, Zwingmann (l. c. str 173) słuszną robi uwagę, iż chyba nie była to chrząstka, gdyż przy badaniu anatomicznem gruczołów Meiboma wcale w niéj nie znaleziono. „Otaczająca chrząstkę tkanka spojówkowa“, mówi Zwingmann, „zwłaszcza tkanka podspojówkowa przez rozrost i zwyrodnienie staje się powodem pozornego zwiększenia chrząstki we wszystkich jéj wymiarach i klinicznego złudzenia współudziału chrząstki“. Rozpatrując się w opisanych przypadkach przychodzimy do wniosku, że sprawa powstaje początkowo zawsze prawie w spojówce, w fałdzie przejściowym, przeważnie w téj części jego, która przykrywa brzeg oczodołowy chrząstki. Części te, jak dowiódł już Waldeyer (Graefe i Saemisch. *Handb. d. gesammt. Augenheilk.* Bd. I. str. 24) zawierają obficie najzupełniejszą tkankę adenoidalną. Fałd przejściowy był rażony we wszystkich prawie przypadkach, gdyż wyjątek w tym względzie stanowią tylko przypadki Reymonda i 2-gi Rachlmanna. W początkowych okresach zwyrodnienie często znajdujemy li tylko w obrębie fałdów.

W dalszym porządku ulegają zwyrodnieniu inne części spojówki, fałd półksiężycowy, spojówka gałki i spojówka powiek, na téj ostatniéj zresztą najpierw wyrosty są o wiele mniejsze, powtóre we wszystkich znanych dotychczas przypadkach pozostawało nie rażonem przynajmniéj wązkie pasemko spojówki obok brzegu swobodnego powieki położone. Co się tyczy spojówki gałki, ta była rażoną we wszystkich przypadkach, w których zmiany chorobowe były znaczne. Nie dość na tem, nasuwała się ona na rogówkę i przykrywała nieraz dość znaczną część jéj powierzchni. Zwingmann, opisując rozwój stopniowy sprawy skrobiowatéj skreśla go temi słowy: „w ogóle rozrost łatwo szerzy się wszędzie, gdzie się znajduje tkanka podspojówkowa luźna, przesuwalna i łatwo dająca się rozciągnąć, unika natomiast twardéj tkanki chrząstki i przykrywającéj ją spojówki“ (l. c. str. 175) — Unika, co prawda, lecz nie bezwarunkowo, gdyż zwyrodnieniu ulegają niekiedy brzeg wolny powiek, jakoteż wewnętrzne warstwy chrząstki. Dane, które niżéj przytoczę, dowodzą, że sprawy szklista i skrobiowata początkowo powstają raczéj w warstwie właściwéj spojówki. Najczęściéj rozrost bywa rozlany i wskutek tego nie jest dość wyraźnie

odgraniczony od części otaczających; tylko w przypadkach Kylla i Quagliny i Guaity nie mieliśmy wcale rozlanego nasięku, lecz wyraźnie ograniczone guzy. Uważałbym przeto za właściwszą dla cierpienia dawną nazwę „zwyrodnienia“, w miejscu „guza“, użytéj po raz pierwszy przez Zwingmanna.

Przytoczonych cech dość jest, by poznać cierpienie; są one o tyle typowe, iż, jak słusznie nieraz już powtarzano, nie dają się spostrzegać w żadnem innem cierpieniu spojówki; zbytecznem by też było traktować o rozeznawaniu cierpienia. Przejdę przeto do etyjologii. Widzieliśmy już, że sprawa skrobiowata spojówki jest cierpieniem samoistnem i niezależnem ani od ogólnego stanu organizmu, ani od stanu samej spojówki, mianowicie jaglicowe zwyrodnienie zdaje się żadnéj tu roli nie odgrywać. Szukając innych powodów nie będziemy szczęśliwsi, gdyż z notatek odpowiednich dowiadujemy się tylko, iż z pomiędzy 43 przypadków w trzech miało miejsce obrażenie otaczających oko części, w trzech innych chorzy ulegali silnemu zaziębieniu. Przypomnę tylko, jak często zdarzają się zajścia podobne i jak rzadko stosunkowo napotykamy zajmujące nas zwyrodnienia, daléj ile to przeróżnych baśni prawią nam chorzy o powstawaniu zaćmy — i rzecz prosta, iż fakta te najmniejszéj nie mogą mieć dla nas wartości. Zatem etyjologija cierpienia wcale nie jest nam znaną. Nie o wiele jesteśmy szczęśliwsi co do znajomości przebiegu cierpienia. Daty przez chorych przytaczane nie zawsze na wiarę zasługują, powtarza się tu to samo, co w obec jaglicy, gdy chorzy cierpiący co najmniéj od kilku lat stanowczo upewniają, że cierpienie datuje się od kilku tygodni, ledwie nie od kilku dni. Co się tyczy późniejszego rozwoju, ten nie we wszystkich przypadkach jest jednaki, może być prędszy, to znów powolniejszy, a że szybkość wyrastania bardzo znaczna być może, najlepiéj dowodzą tego spostrzegane przypadki recydywy. Przypomnę tu o 2-gim przyp. Stroehmberga, przyp. Stroehmberga-Zwingmanna, 2-im Raehlmanna i 3-im Kublego; w tym ostatnim dokonano wymiarów nowotworu, które dowiodły, iż w ciągu miesiąca narośl powiększyła się mniéj lub więcéj o piątą część własnéj swéj objętości. Nadto co do długości rozwoju, mamy pewniejsze daty, dotyczące czterech przypadków. W 1-szym przyp. Lebera cierpienie trwało dłużéj nad 5 lat, w przyp. Stroehmberga-Zwingmanna przeszło 8, w 3-cim przyp. Zwingmanna 9 lat, w moim pierwszym 2 lata. W innych przypadkach już tylko według słów chorych cierpienie trwało od 5 miesięcy do 20-tu lat.

Niektóre z przytoczonych dat są co prawda dość niepewne, ze względu wszakże, iż tylko w trzech przypadkach cierpienie trwać miało mniéj niż jeden rok, upoważniają do wniosku, że zwyrodnienia szkliste i skrobiowate są cierpieniem chronicznem *par excellence.* Zdanie to stwierdzają najzupełniéj skargi cierpiących. Początkowo zjawiska bardzo są nieznaczne: ciężar powiek, podniesiona wrażliwość oczu na światło, kurz, zmiany ciepłoty, wiatr, czasami też widocznem jest, iż początek cierpienia stanowił ostry nieżyt spojówki. W późniejszych okresach tkanki łatwo pękają tak, iż wskutek nieznacznych powodów powstają krwotoki. Późniéj powieki stają się już bardzo ciężkie tak, iż cierpiący z trudnością je podnoszą, lub też wcale podnieść nie mogą. Pochodzi to ze znacznego opadnienia górnych powiek, sprowadzonego zwiększoną objętością tychże. Opadnienie utrudnia i uniemożliwia nawet wzrok, zwłaszcza iż jednocześnie okolicę źrenicy przykrywać mogą powstające z błony spojówkowéj wyrosty; często też chorzy rozszerzają szparę powiek za pomocą palców. O wiele mniéj wpływają na wzrok cierpienia saméj rogówki, które jednak napotykamy dość rzadko, nadto nigdy one nie bywają znaczne. Stan rogówki zanotowano w 38 przypadkach, z tych w 21 żadnych w niéj zmian nie było. Nadżarcia powierzchowne i rany spostrzegano w 4 przypadkach (2-gi Stroehmberga, 1-szy i 2-gi Kublego, 5 ty Vossiusa), rany w 2-ch (Hippel i prawe oko 1 go przyp. Kublego), łuszczkę w 4-ch (w obu przyp. Oettingena Kybera, Porywajewa i Talki), w jednym przyp. był skrzydlik (1-szy Vossiusa). Bliższego powodu powstawania ran szukać należy w warunkach mechanicznych, które polegały bądź na ciśnieniu, wywieranem przez przerost na naczynia, bądź też na tarciu, przynajmniéj Hippel przytacza w swoim przypadku, iż odpowiednio do rany na rogówce, w spojówce znajdował się ostry kawał wapna, Kubli zaś wspomina, że rana na rogówce była położoną odpowiednio do miejsca, w którem najwięcéj było wyrostów. Co się tyczy łuszczki na rogówce, to spostrzegano ją tylko w tych przypadkach, w których obok zwyrodnienia istniała jednocześnie jaglica. Wyjątek mógłby stanowić chyba przypadek Porywajewa, lecz w nim właściwie łuszczka zajmowała tylko nieznaczną część rogówki, któréj całą prawie powierzchnię zajmowało bielmo, najprawdopodobniéj dawnego pochodzenia. Zważywszy tę okoliczność, tembardziéj obstawać możemy przy zdaniu, że sprawa szklista i skrobiowata stosunkowo bardzo rzadko sprowadza zmiany następcze w rogówce. Powolny przebieg zwyrodnienia dostatecznie tłómaczy zupełny prawie brak zjawisk zapalnych. Opierając się na wynikach własnych badań, jakoteż prac Raehlmanna, Kubli przyznaje w zwyrodnieniu skrobiowatem cztery okresy: 1) okres bujania adenoidalnego; 2) okres szklistego zwyrodnienia; 3) okres prawdziwego skrobiowatego zwyrodnienia i 4) okres zwapnień i skostnień. (C. d. n.)

V. Sprawozdanie z czynności lekarskich w szpitalu powszechnym imienia Gizeli w Sokalu za lata 1888 1889 i 1890.

Napisał

Dr. Józef Łuszczkiewicz,

sekundaryjusz tego szpitala.

Zachęcony przez Inspektora szpitali galicyjskich WP. Dra Jana Stellę Sawickiego podaję niniejsze sprawozdanie w téj myśli, że opis stanu szpitala, będącego wyrazem potrzeb zdrowotnych danego kawałka kraju a równocześnie dążącego do zaspokojenia tych potrzeb, właśnie może być przyczynkiem do znajomości ogólnego stanu szpitali galicyjskich. Sprawozdanie tem więcéj wydaje mi się być na czasie, że w obec niedalekiéj budowy nowego gmachu i powiększenia liczby łóżek będzie ono niejako zamknięciem dawniejszych rachunków.

Dzieje szpitala nie są dawne ani zawiłe. Założony w r. 1878 dzięki niezmordowanym zabiegom ówczesnego prezesa Rady powiatowéj, Stanisława Polanowskiego, z funduszów powiatowych przy pomocy publicznéj ofiarności, uzyskał rychło prawa szpitala powszechnego i dziś po 13 latach istnienia, nacechowanego ciągłym postępem, zajmuje poczesne miejsce w szeregu galicyjskich szpitali, o czem świadczą następujące cyfry z roku 1889: procent śmiertelności 5·16%, średni pobyt chorego dni 16·9, ilość dni leczenia 25,953. Szpital mieści się w samym środku Sokala, w miejscu ze wszech stron otoczonem wolną przestrzenią, oddzielony od

domów mieszkalnych ulicami i szeregiem drzew, gmach szpitalny piętrowy, murowany, blachą pokryty mieści na parterze biuro zarządu, łazienkę i oddział męski złożony z czterech sal nierównéj wielkości, mogących pomieścić ogółem około 50 chorych. Na piętrze znajduje się obszerna kuchnia, składy żywności, mieszkanie rządcy szpitala i sale obejmujące oddział kobiecy. Sal jest cztery, w każdéj stoi kilkanaście łóżek. Na piętrze jest w końcu sala operacyjna duża i doskonale oświetlona. Urządzenie jej składa się ze stołu operacyjnego, ze sofy do badania kobiet, z długiego i wąskiego stołu do badań drobnowidowych i prób chemicznych, oraz z kilku szaf, mieszczących w sobie narzędzia i książki lekarskie. Narzędzia pochodzą od Collina z Paryża i Reinera z Wiednia, mikroskop od Zeissa. Sale wszystkie są wysokie, z dużemi oknami, przewietrzane zapomocą wentylatorów. Podłoga wszędzie pokryta pokostem, w sieniach i w korytarzach zaopatrzona w jutowe chodniki. Na górze i na dole oszklone ganki wiodą do wychodków, nadto w każdéj sali znajduje się stolec szczelnie zamykany i odwietrzany zapomocą torfu sposobem automatycznym. Sala sekcyjna umieszczona jest na dole w miejscu odosobnionem.

Ponieważ szpitale najbliższe są w znacznéj odległości, bo w Brodach, w Żółkwi i w Jarosławiu, przeto szpital sokalski musi zaspokoić istotne potrzeby trzech powiatów, t. j. własnego a w dalszym rzędzie rawskiego i części kamioneckiego; dzięki zaś bliskiemu sąsiedztwu z ziemią hrubieszowską i z Wołyniem często daje przytułek gościom z zagranicy, zwłaszcza wymagającym chirurgicznego leczenia. Stan chorych składa się głównie z wieśniaków Rusinów, z żydowskich i chrześcijańskich mieszkańców nędznych miasteczek okolicznych i ze służby dworskiej lub wyrobników, prawie bez wyjątku Mazurów, których z domu przeludnienie i bieda wypędza za chlebem co roku całemi tysiącami we wschodnie części kraju. Nauczyciele ludowi, oficyjaliści, straż skarbowa i różni przejezdni lub zajęciem tu przygnani ajenci, urzędnicy i t. p. stanowią inteligentną część chorych; dzienna cyfra chorych waha się między 50 a 80, zimą nierzadką jest liczba 100 i nieco wyżéj.

Po tym koniecznym wstępie przechodzę do sprawozdania z czynności lekarskich za wspomniane trzy lata; niektóre szczegóły obejmują nadto koniec 1887 i pierwsze tygodnie bieżącego roku. Szpital tworzy pod względem leczniczym jednolitą całość, nie zaś osobne oddziały a jedynie usilne dążenie do grupowania obok siebie poszczególnych chorób dozwala utrzymać ład i ułatwia przegląd. Co do liczby pierwsze miejsce zajmują chorzy chirurgiczni; im też oddana jest największa sala, z konieczności tylko udzielająca niekiedy przytułku wenerycznym. W sali téj wykonywają się mniejsze zabiegi chirurgiczne, większe odbywają się w sali operacyjnéj ze starannem zachowaniem wymagań nowoczesnéj antyseptyki przy pomocy wyćwiczonéj służby i współudziale rządcy, który z wielką wprawą dogląda uśpienia chloroformowego. Operacyj większych dokonano ogółem sto kilkadziesiąt w ciągu trzechlecia, z których ważniejsze poniżéj wymienię. Nowotworów złośliwych i łagodnych wyłuszczono dwadzieścia dwa, (co do raków i mięsaków brak jest wiadomości o dalszych losach chorych, przez co dobre rzekomo wyniki zabiegów wiele na wartości tracą). Tu zaczynając *ab ovo* godzi się policzyć kastracyję u dorosłego mężczyzny z powodu wielkiego *fibrosarcoma testis*, daléj *enucleatio bulbi* u czteroletniego dziecka żydowskiego, *amputatio penis* z powodu *sarcoma glandis* u dorosłego mężczyzny; raków wargi dolnéj wycięto ośm u mężczyzn, a jeden u kobiety, zawsze a ludzi podeszłego wieku. Raków twarzy wogóle operowano 11. Częste gdzieindziéj raki sutków są rzadkością w tych stronach tak, że raz tylko i to po za szpitalem widziałem przypadek raka sutka zarówno przezemnie, jak i przez kolegów za jedyny nam wiadomy uznany. *Chondroma* operowano ze względów kosmetycznych u 20-letniego pastucha, który z powodu bajecznych rozmiarów nosa był pośmiewiskiem w rodzinnéj wiosce. Dr. R. Barącz, operator ze Lwowa, bawiąc w Sokalu wyciął klinowato niekształtne masy i utworzył nos wprawdzie nie klasyczny ale wytrzymujący surową krytykę. Rana zagoiła się *per primam* a uszczęśliwiony chłopiec zaniósł do domu przerobioną ozdobę twarzy. Hydrocele operowano podług Volkmanna dwa razy na żądanie chorych, ludzi młodych, którym sprzykrzyło się częste wypuszczanie płynu trójgrańcem. Tracheotomiję wykonano trzy razy; raz u 4-letniego dziecka z powodu błonicy, która w końcu zabiła dziecię pomimo ustąpienia duszności, dwa razy z powodu kilakowych owrzodzeń krtani; jeden z tych przypadków został uleczony, drugi zakończył się śmiercią a jak badanie pośmiertne wykazało, przyczyną zejścia były rozległe zmiany, zwężające światło tchawicy aż do pierwszorzędnego rozdwojenia. Amputacyj kończyn wykonano ośm, częścią z powodu zmiażdżenia, częścią z powodu sprawy gruźliczéj kości i stawów, niedającéj się w ogledniejszy sposób usunąć. Raz odjęto ramię z powodu *elephantiasis* u starszéj niewiasty.

Resekcyję żebra robiono raz u dorosłego mężczyzny z powodu ropnego zapalenia opłucny: operacyja po tygodniu zakończyła się śmiercią, gdyż chory był bardzo wyczerpany. Herniotomiję robiono dziewięć razy, z tych dwa przypadki zakończyły się niepomyślnie: jeden odnosi się do kobiety, którą już konającą przywieziono do szpitala; po otwarciu worka napotkano śród brudnéj treści przedziurawioną i obumarłą pętlę jelita — po dokonanem *débridement* resekowano w zdrowych granicach obumarłą część i kiszkę dowodzącą zeszyto z odwodzącą szwem Czernego. Śmierć nastąpiła w $1^1/_2$ godziny po operacyi. Drugi przypadek dotyczy starca z ogromną uwięźniętą przepukliną pachwinową. Po repozycyi objawy niedrożności nie ustąpiły a dalszy przebieg trwający kilka dni usprawiedliwiał podejrzenie, że przeszkoda druga znajduje się w jamie brzusznéj. Przy sekcyi znaleziono ją w postaci *intussusceptio ileo-coecalis*. W obu więc przypadkach z czystem sumieniem szukać możemy przyczyny śmierci w okolicznościach nie zależnych od operującego.

Reszta przypadków była tak pomyślną, że zachęceni wynikami tych pierwszych usiłowań, które i po za szpitalem się powiodły, przekroczyliśmy kresy *indicationis vitalis* i ostatnia herniotomija wykonaną została szczęśliwie na przepuklinie wolnéj. Kilkakrotnie zabiegi zewnętrzne usunęły konieczność operowania, zwłaszcza w świeżych przypadkach przepuklin pachwinowych, gdzie bez obawy można było użyć znaczniejszéj siły. Jak cenną rolę grają moralne wpływy przy usuwaniu przepuklin, świadczy przypadek, w którym przepuklina opierająca się kilkakrotnym długotrwałym wysiłkom już przed ułożeniem chorego na stole operacyjnym śród głośnego kruczenia cofnęła się przy nowéj z niedowierzaniem podjętéj próbie. Narkoza nigdy nie ułatwiła odprowadzenia przepukliny, pomimo, że przed operacyją zawsze powtarzano ręczne zabiegi na uśpionym chorym. W ogóle przepukliny w praktyce prowincyjonalnéj często przeoczają tam nawet, gdzie objawy niedrożności domagają się szukania téj najczęstszéj a tak pożądanéj przyczyny. Zaniedbanie to fatalne ma następstwo, niedarmo też wołał Niemeyer: *Wehe dem Arzte, wenn er nicht gründlich auf Hernien untersucht hat!* Z chirurgii kości mamy pięć sekwestromij i kilkanaście mniejszych zabiegów polegających przeważnie na skrobaniu ognisk gruźliczych. Złamań było razem 50, z tych dziesięć było powikłanych; odnosiły się one przeważnie do kości długich kończyn, oraz do żeber i do obojczyka. Leczono je za pomocą ustalenia, na kończynach za pomocą gipsu, raz tylko złamanie kości udowéj leczono w ekstenzyi, bo z powodu małéj inteligencyi chorych urządzenie tego rodzaju opatrunku małe przynosi pożytki. Powikłane złamania, jeżeli tylko rana była nie wielka i wolna od drzazg kostnych i nieczystości, ujmowano w opatrunek gipsowy po dokładnem odrażeniu i ani razu nie było potrzeby zdjęcia gipsu przed zupełnem wyliczeniem.

Drobna chirurgija polegająca na leczeniu różnorodnych zranień, obrażeń i ubytków powłok zewnętrznych, stanowiła najobszerniejszy dział omawianego zakresu pracy szpitalnéj. Kazuistyka tych ran mniejszych i większych może służyć za wierne odbicie wszystkich gwałtownych i smutnych wy-

darzeń, jakie mącą spokojny z pozoru bieg życia wiejskiego. Około 300 przypadków przesunęło się w ciągu trzechlecia przez lekarski protokół; przerzucając go widzi się, jak mimo przypadkowości pozornéj pewne szczegóły etyjologiczne stale się powtarzają jakby na dowód, że życie ciągle jedną toczy się koleją. Zasady leczenia obrażeń były następujące: każdą ranę starano się najprzód troskliwie zdezinfekcyjonować, uciekając się w razie trudności do narkozy, powierzchnię skóry pokrytą włosami golono i zmywano ranę ciepłym roztworem sublimatu kwaśnym (według Laplace'a) w domu przygotowanym, obecnie zaś używa się pastylek sublimatowych Angerera. Następnie po wykonaniu wskazanego rękoczynu zaprószano ranę jodoformem i zaopatrywano gazą jodoformową 20%, białą watą i organtynową opaską. Zamiast sączków, tam gdzie potrzebne odprowadzanie wydzieliny, używa się zwykle zwitków gazy. Rany cięte świeże posypywano jodoformem odrazu, bo w ogóle polecany przez Landerera i innych sposób suchego opatrywania ran okazuje się w drobnéj chirurgii prowincyjonalnéj bardzo stosownym. Na rany darte i miażdżone, wyglądające nieczysto, niezawodnie działały okłady z płynu Burowa; późniéj posypane jodoformem i ściągnięte przylepcem goiły się rany w ten sposób przygotowane bardzo pomyślnie. Tu nie od rzeczy będzie wspomnieć o ranach wywołanych przez ukąszenie psów wściekłych. Rany takie wypalano azotanem srebrowym, leczono jak inne a chorego zatrzymywano przez 40 dni w szpitalu w biernem oczekiwaniu następstw. Na szczęście zwykle kończyło się na obawach, w jednym tylko przypadku wystąpił wodowstręt i po pięciodniowem trwaniu zakończył się śmiercią choréj, kilkuletniéj dziewczynki włościańskiéj. Jeden taki wypadek wystarczy, aby na długo utrwalić w pamięci kliniczny obraz wścieklizny i napełnić goryczą, że społeczeństwo nasze nic dla tych nieszczęśliwych nie czyni, choć instytucyja na wzór Pasteura nie należy przecież do niemożliwości. Najsmutniejsze jednak wspomnienie pozostawiły przejścia zmarłego na wodowstręt w roku 1888 kolegi Dra Wincentego T. lekarza z Bełza, dokąd świeżo się był sprowadził. Po ukąszeniu w 3 miesiące pojawiły się pierwsze przypadłości. Nieszczęśliwy kolega, niepewny rozpoznania, przybył wraz z młodą żoną do szpitala naszego i po trzech dniach pobytu pełnego scen okropnych uciekania po nocach, szamotania się z dozorcami, dławienia się przy odżywianiu sondą, odwieziony został przez litościwego rządcę szpitala do Lwowa, gdzie w parę dni potem umarł. Obraz istotnie z padołu niedoli podjęty: po wielu latach walki z niedostatkiem i chorobą ukończył studyja, założył rodzinne ognisko i zaledwie zaczął zbierać owoce mozolnéj pracy, padł ofiarą przypadku, który śród męczarni zabrał go z tego świata. O b c e c i a ł a wydobywano kilkanaście razy. Były to zwykle ziarna fasoli lub grochu zapchane przez dzieci do ucha lub do nosa. Ciekawy był przypadek wydobycia z pęcherza kobiety złamanego przez wiejską akuszerkę metalowego cewnika. Po wypuszczeniu moczu z krwią zmięszanego a od doby zatrzymanego, wydobyto obce ciało za pomocą przyrządu Collina, działającego w ten sposób, że uchwycone poprzecznie obce ciało ustawia się swą długą osią w przedłużeniu osi długiéj narzędzia i łatwo daje się wyciągnąć.

O p a r z e ń leczono 39. Najwięcéj dostarczyły ich gorzelnie, bądź przez wadliwe urządzenie techniczne, bądź przez nieostrożność samych ofiar. Leczenie polegało na suchym opatrunku jodoformowym, polecanym przez v. Mosetiga a mającym wielką wartośc ze względu na prostotę, czystość i łatwość roboty. Opatrunek ten ułatwia pokrycie powierzchni przyskórkiem, w rozległych zaś ranach daje gładkie i silne blizny. Uważać tylko potrzeba przy zmianie na dokładne odmoczenie dawnego opatrunku. W późniejszych okresach gojenia dostawali chorzy maść borową. Na 39 przypadków straciliśmy dwa, w których oparzenie zajmowało bardzo rozległe przestrzenie. Pomimo przewlekłych ciepłych kąpieli, leków podniecających, rozgrzewania chorych, śmierć następowała rychło wśród zapadu.

O d m r o ż e n i a leczono 36 razy. Z tych po 3 przypadki były w roku 1889 i 1890 a 30 w ciągu ostréj zimy 1888 roku. Przypadki odnosiły się do palców rąk i stóp i przebiegały ciężko, bo wynikiem były utraty falang, zrośnięcie palców i t. p. I w tym dziale jodoform i antyseptyka dobre oddały usługi.

Przechodzę do c h o r ó b w e n e r y c z n y c h. Wogóle leczono przypadków 203 w ciągu trzechlecia uwzględniając zarówno przymiot jak i rzeżączkę. Liczba ta odnośnie do przymiotu nie jest wyczerpująca. Najrozmaitsze postacie wpływu syfilis na drugie pokolenie znajdują umieszczenie w innych działach wykazu chorób i uchylają się z pod kontroli; wątpliwe przypadki przymiotu w póżnych okresach, jakoto choroby nerwowe, chery i t. p. również nie dają się odpowiednio podporządkować. To też twierdzić można, że złe większe jest, niż pozorne obliczenia wykazują.

W przeświadczeniu, że każdy poszczególny przypadek, leczony w szpitalu, jest tylko jednem ogniwem w długim łańcuchu zakażenia a zatem wyleczenie danéj osoby nie usuwa wcale złego, stara się szpital w porozumieniu ze starostwem o wykrycie źródła choroby. Lekarz powiatowy Dr. A. Broniowski nie szczędzi zachodów, wyzyskuje gruntownie doniesienia szpitalne, a ze swéj strony wysyła do leczenia wszystkie wykryte przypadki. W ten sposób udaje się przy wspólnéj pracy dociec początków każdéj poszczególnéj endemii i przenieść ją na właściwy grunt, t. j. do szpitala. Niestety, im sprawę tę głębiéj się rozważa, tém więcéj poznaje się płonność dotychczasowych środków zaradczych i prohibicyjnych. Z jednéj strony wpływa na to brak pewności, że chory jest uleczony, choć wychodząc że szpitala żadnych zmian chorobowych nie przedstawia, z drugiéj zaś dozór nad syfilitycznymi na wolności wiele bardzo pozostawia do życzenia. Przykłady z ksiąg szpitalnych rzecz objaśnią: przyniesiono dwoje dzieci z Sokala chorych na „pryszczyki w kroku“, okazało się, że są to kłykciny sączące a dzieci przedstawiają obraz *syphilis secundaria*. Wywiady stwierdziły, że w domu ich rodzicielskim zamieszkał brat ojca T. po powrocie z wojska, gdzie już w szpitalu garnizonowym był leczony. Sprowadzono owego T. i znaleziono u niego podobne, jak u dzieci zmiany. Poprzednio jednak zdołał on zakazić wdowę G., osobę niestatecznych obyczajów, która w fatalny sposób nadużyła popularności w kołach młodzieży męskiéj, gdyż na razie udało się wykryć trzy ofiary, a słuszne są przypuszczenia, że nie skończyło się na nich.

Przykład ten objaśnia, jak wywiady wyciągnęły na jaw całe gniazdo choroby szerzącéj się wśród zdrowéj dotychczas ludności miasta. Inny przykład: Oryszka C. wyrobnica leczona po raz pierwszy na syfilis w r. 1887 zjawia się okresowo w szpitalu w najrozmaitszych fazach burzliwego życia; raz przybywa z noworodkiem obciążonym macierzystą chorobą, to znów w ciąży, zakończonéj w szpitalu przedwczesnym porodem, to z raną ogromną na plecach, którą sierpem zadała jej w przystępie zazdrości żona wieśniaka, obdarzonego przez nią względami i chorobą; każdy jej pobyt na wolności nacechowany jest zakażeniem nowych ludzi, z którymi podczas włóczęgi stykała się po karczmach, lasach, cegielniach i robotach polnych.

Typ to pospolity śród mas bezdomnego proletaryjatu, wyrządzający nieobliczalne szkody zdrowiu publicznemu. Ostatni przykład: Lokaj w pewnym dworze nadgranicznym rozpowszechnia syfilis śród służby, ztamtąd choroba przenosi się z jedną rodziną do innego oddalonego dworu i ogarnia prawie całe młode pokolenie folwarcznéj służby; przypadek naprowadza na ślad endemii, która dzięki energii lekarza powiatowego na czas została przerwana. Okazuje się z tych przykładów, że jedynem racyjonalnem postępowaniem jest śledzenie początków choroby i wykorzenienie jej u podstawy. O ile ta część walki z przymiotem dobre daje wyniki, o tyle dozór nad chorymi po wyjściu ze szpitala szwankuje bez miary. Zaprzeczyć się nie da, że rozciągnienie czynnéj opieki nad chorym, który opuścił szpital, napotyka w realnem życiu na ogromne przeszkody a jednak w interesie publicznym należałoby koniecznie te wszystkie osoby, które nie mają dość silnie rozwiniętego poję-

cia o swéj chorobie, aby z własnego popędu od czasu do czasu zjawiać się u lekarza. Kontrola taka, utrudniona już przez zmianę miejsca pobytu, musiałaby również uwzględnić tajemnicę chorego, gdyż wyjawienie jej w książce służbowéj, paszporcie itp. dokumentach mogłoby odstraszać chlebodawców. Sprawa do rozwiązania trudna a jednak wołająca na gwałt. Również władze wojskowe mogłyby urlopników syfilitycznych wykazywać starostwom a już to przyczyniłoby się wielce do stłumienia choroby, która w urlopnikach ma gorliwych krzewicieli. Tyle co do syfilis.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Prof. W. Koch (Dorpat): **O amputacyi uda sposobem Sabaniejewa.**

W roku zeszłym podał w zeszycie styczniowym miesięcznika „Chirurgiczeskij Wiestnik“ Dr. Sabaniejew z Odesy nową metodę operacyi osteoplastycznéj na udzie, którą nazwał *amputatio femoris intercondyloidea osteoplastica*. Sposób ten, obmyślany zręcznie i na racyjonalnych oparty podstawach, czyni zadość jednemu z najważniejszych zadań téj operacyi, funkcyjonalnéj zdatności kikuta. Wykonanie operacyi w krótkich słowach przedstawia się jak następuje. Poczynając od wierzchołków obydwóch *condyli femoris* prowadzi się ku dołowi cięcia skórne po wewnętrznéj i zewnętrznéj powierzchni podudzia; na szerokość 2 palców poniżéj *tuberositas tibiae* łączy się je cięciem poprzecznem przez przednią powierzchnię podudzia. Dolny brzeg otrzymanego w ten sposób płata odpreparowujemy nieco wraz z okostną *tibiae* do wysokości *tuberositatis;* w miejscu tem przecinamy cięciem głębokiem poprzecznie wszystkie mięśnie zrośnięte z kością goleniową i, przedłużając cięcie na powierzchnię tylną, tworzymy płat skórny tylny, krótszy o szerokość 2-ch palców od przedniego. Płat ten wraz z cienkim pokładem mięśni odpreparowuje się ku górze do wysokości linii międzystawowéj tylnéj; w miejscu tem przecinamy poprzecznie mięśnie, ścięgna, nerwy, naczynia i torbę stawową. Po otwarciu stawu przecinamy pozostałe więzadła boczne i wewnętrzne, poczem całe podudzie daje się zupełnie zwichnąć tak, iż możemy ułożyć je na przedniéj powierzchni uda.

W tem położeniu, poczynając od powierzchni stawowéj *tibiae* i prostopadle do niéj zaczynamy piłować kość tę wzdłuż ku dołowi, trzymając się linii cięć skórnych podłużnych; doszedłszy do wysokości *tuberositatis tibiae* cofamy piłę, układamy podudzie w pozycyi zwykłéj i piłujemy w téj wysokości od przodu ku tyłowi (resp. z góry na dół). Teraz obydwa płaty: przedni, zawierający rzepkę i wypiłowaną część kości goleniowéj i tylny odsuwamy ku górze tak, aby odsłonić powierzchnię stawową dolnego końca uda; powierzchnię tę odpiłowujemy prostopadle do długości uda; wreszcie, złożywszy obydwie przepiłowane powierzchnie kostne, uda i goleni, bez szwu kostnego, łączymy ze sobą brzegi płatów skórnych. Oprócz jednego przypadku, operowanego tą metodą przez autora, przypadki opisane przez Kocha są pierwsze w literaturze. Koch wykonał opisaną amputacyję u wielu chorych, dotkniętych różnemi cierpieniami stopy i podudzia (1. ogromny mięsak zropiały na stopie i podudziu, 2. zgorzel wskutek zmiażdżenia dolnéj części podudzia, 3. *necrosis* części kości goleniowéj, 4. rak i gummata podudzia i pięty, 5. gruźlica stawu skokowego, kości podudzia i wrzody gruźlicze, — i u wszystkich otrzymał wynik operacyi zupełnie dobry. Występowała dość często zgorzel brzegów płatów, co opóźniało nieco gojenie, lecz ostatecznie braki skórne zabliźniały się dobrze, dając dobrze zaokrąglony i zupełnie zdatny do użytku kikut. Pod tym względem oddaje Koch pierwszeństwo amputacyi Sabaniejewa przed operacyą Grittiego, nie uważa zaś jéj za dającą gorsze wyniki pod względem funkcyjonalnym od wysokiéj amputacyi podudzia, która daje znów mniéj złożoną i łatwiéj gojącą się ranę. (Wracz. 1891. Nr. 17). *L. Kryński.*

Choroby weneryczne i skórne.

O. Rosenthal (Berlin): **O leczeniu przymiotu za pomocą wstrzykiwań żółtego tlenku rtęciowego.**

R. używał żółtego tlenku rtęciowego jako zawiesiny w oliwie według następującéj formułki: *Hydrargyri oxydati flavi 0·5. Ol. amygdalarum s. Ol. olivar. 15·0.* W każdym przypadku potrzeba było 3—5 wstrzykiwań, które robiono w pośladki między mięśnie, przestrzegając przepisów antyseptyki. Ropni nie widziano, natomiast od czasu do czasu nacieki; zapalenia jamy ust również dotychczas nie spostrzegano. W końcu swojéj rozprawy przychodzi R. do wyniku, że żółty tlenek rtęciowy łączy małe ujemne strony z dobrem działaniem i że należy uważać te wstrzykiwania obok wcierań za najlepszy i najpewniejszy sposób leczenia kiły. *Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Hartmann: **Cystitis dolorosa.**

H. odróżnia pomiędzy zapaleniami pęcherza moczowego przypadki odznaczające się wielką bolesnością i trudnem wyleczeniem jako *„cystites douloureuses,“* omawia ich etyjologiję, objawy, przebieg, rozpoznanie i bardzo szczegółowo leczenie, mianowicie lekami, „leczenie chirurgiczne bez operacyi“ (kokaina), przepłukiwanie kwasem borowym, rozczynami azotanu srebrowego. Przepłukiwania powinno się robić tylko za pomocą małych ilości płynów. Miękki cewnik pozostawiony komornem uspakaja w zupełności pęcherz i sprowadza często szybkie polepszenie. Rozszerzanie szyjki pęcherza u kobiety jest bez skutku w gruźliczych zapaleniach pęcherza i w przypadkach ciężkich, a leczy tylko przypadki niezbyt ciężkie. Ostatnim środkiem jest założenie przetoki pęcherzowo pochwowéj, przez którą wprowadza się leki do pęcherza, a którą dopiero wtedy można zamknąć, jeżeli to leczenie jest zupełnie ukończone. (*Thèse, Paris*).

Boldt: **Cystitis suppurativa exfoliativa.**

B. rozróżnia trzy stopnie tego zapalenia: pierwszy, gdy zajęta błona śluzowa i podśluzowa, drugi gdy warstwa mięsna także zajęta, trzeci stopień, gdy obok tych warstw i otrzewna jest zajętą. Przyczyna tego cierpienia leży częściowo w zmianach następowych ciąży i połogu, a główną przyczyną jest cofnięcie się macicy ku tyłowi. Choroba bierze początek na dnie pęcherza. Jeżeli części błon układają się przed wewnętrznem ujściem cewki, wtedy powstaje bezmocz. Prognoza jest wątpliwą. Co do leczenia poleca obok systematycznego wprowadzania cewnika następowe przepłukiwanie pęcherza sublimatem 1 : 2000, kwasem karbolowym 1 : 100 itd.; w cięższych przypadkach zakładał przetokę pęcherzowo pochwową. W każdym przypadku, w którym istnieje przemieszczenie macicy, należy ją odprowadzić dokładnie w jéj prawidłowe miejsce. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Steiner: **O leczeniu przymiotu.**

S. daje pogląd na obecne leczenie kiły w ogóle, a w szczególności ze względu na działalność lekarza praktycznego i zwraca uwagę, jak trudnem jest dla niego zdecydowanie się do pewnego leczenia wobec tego, że nawet między najznakomitszymi lekarzami istnieją bardzo znaczne różnice w leczeniu. Chorobę przewlekłą należy też przewlekle leczyć i to zawsze, ilekroć choćby najdrobniejsze objawy istniały. Najwyżéj ceni szarą maść; otrzymał również dobre wyniki zapomocą wstrzykiwań sublimatowych, *hydr. formamid.* a szczególnie kalomelu z rozczynem soli kuchennéj; podnosi konieczność indywidualizowania, znaczenie leczenia miejscowego, różnorodność pojedynczych przypadków ze względu na odporność ich wobec znanych skutecznych sposobów leczenia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Dr. Baschkopf.

VII. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

W wigiliję uroczystego otwarcia Zjazdu odbyło się w Ogrodzie Strzeleckim zebranie poufne członków i uczestników Zjazdu, celem bliższego zapoznania się. Pomimo

niepewnéj pogody zebranie było bardzo liczne, a bezustannemu witaniu się dawnych kolegów z ław szkolnych, i przedstawianiu się nowych końca nie było. A gdy przewodniczący komitetu gospodarczego prof. Rostafiński w ciepłych i serdecznych słowach przywitał gości, a głównie tych, „którzy z nad Wisły i Warty do nas przybyli," hucznemi oklaskami zebrani podziękowali za przywitanie. Przy dźwiękach muzyki, która przeważnie melodyje swojskie przygrywała, spędzono bardzo przyjemnie pierwszy wieczór Zjazdu.

Uroczyste otwarcie Zjazdu dnia 17 lipca.

Po solennem nabożeństwie, które o godzinie 8 rano JE. książe kardynał Dunajewski odprawił w katedrze na Wawelu, a w którem uczestnicy Zjazdu i członkowie komitetu liczny brali udział, zebrali się wszyscy uczestnicy i członkowie Zjazdu w odświętnie przybranym w chorągwie, festony i herby gmachu gimnazyjum Nowodworskiego, gdzie odbyło się pierwsze posiedzenie ogólne Zjazdu. O godzinie 10téj sala amfiteatralna zapełniać się zaczęła mnóstwem osób, wśród których wiele było pań, a po krótkim czasie olbrzymia ta sala pełną była po brzegi.

Zebranie zagaił prof. Rostafiński, dziękując zgromadzonym za tak liczny udział w Zjeździe i skreślając historyję Zjazdów polskich lekarzy i przyrodników. Twórcą Zjazdów jest Dr. Adryjan Baraniecki, za którego inicyjatywą Towarzystwo lekarskie krakowskie urządziło pierwszy Zjazd w Krakowie w roku 1869, który liczył koło 200 członków i posiadał 4 sekcyje. Dzisiejszy Zjazd liczy członków przeszło 4 razy tyle i posiada 16 różnych sekcyj; a obecnie wyłonił się już Zjazd specyjalny chirurgów polskich, którzy co rok zbierają się w Krakowie, a zapowiada się takich specyjalnych Zjazdów więcéj. Następnie przedstawił mowca dzieje rozwoju nauk przyrodniczych w Polsce od czasu przyjęcia wiary chrześciańskiej.

Z porządku dziennego zaproponował przewodniczący komitetu wybór prezydyjum: Prezesami honorowymi wybrano przez aklamacyje Dra Adryjana Baranieckiego, Prof. Dra Baranowskiego z Warszawy, J. E. Dra Józefa Majera, Dra Raymana z Pragi, delegata czeskiéj Akademii Umiejętności; prezesami rzeczywistymi wybrano również przez aklamacyję Dra Sokołowskiego z Warszawy i Prof. Dra Laskowskiego z Genewy; na wiceprezesów Prof. Dra Mareša z Pragi, Dra Święcickiego z Poznania. Protomedyka Dra Merunowicza ze Lwowa i p. Dicksteina z Warszawy. Sekretarzami ogólnych posiedzeń wybrano Dra Władysława Puzynę ze Lwowa i Doc. Dra Zarewicza. Prezydent miasta Krakowa Dr. Szlachtowski imieniem Rady miejskiéj dziękuje zebranym za przybycie do Krakowa na zaproszenie wysłane do Lwowa podczas poprzedniego Zjazdu i wita wszystkich jak najserdeczniéj imieniem mieszkańców miasta.

Po odczytaniu nazwisk delegatów na Zjazd wysłanych z różnych stron przez instytucyje i korporacyje naukowe oraz licznych telegramów i pism z życzeniami pomyślnego przebiegu obrad Zjazdu nastąpił piękny odczyt Prof. Baranowskiego z Warszawy pod tytułem: „O łączności we względzie metody między badaniem klinicznem i przyrodniczem".

W odczycie tym prelegent zwraca uwagę na błąd popełniany w studyjach lekarskich tak przez uczących się jakoteż uczących a polegający na tem, że za mało zwraca się uwagi na uporządkowanie faktów i szczegółów naukę lekarską stanowiących, czyli za mało troszczy się o metodę klinicznego badania. Nie będziemy się silić na streszczanie tego nader zajmującego wykładu, który „Dziennik Zjazdu" umieścił w dosłownem brzmieniu, zwrócimy tylko uwagę na niektóre ważniejsze myśli w nim wyrażone. Ustrój ludzki, mówi prof. B. również jak i jego pojedyńcze narządy posiadają zdolność przystosowywania się do wpływów świata zewnętrznego, a nawet jeżeli początkowo wpływy te są szkodliwe dla ustroju, czyli gdy przystosowywanie się ustroju do nich jest na razie niedostateczne, to po dłuższem ich działaniu organizm do nich się przyzwyczaja, czyli porządkujące i wyrównywające czynności ustroju zostały stopniowo rozbudzone i wyćwiczone. Jednakże czynności te są ograniczone i jeżeli bodźce zewnętrzne zakreśloną granicę przekroczą, wtedy powstają zboczenia od prawidłowéj sprawy życiowéj. Ustrój, w którym takie zaburzenia istnieją, przedstawia odmienną formę bytu, a określenie tej formy jest właściwą czynnością rozpoznania. Ze ścisłego badania fizyjologicznego dowiedzieliśmy się, że pewne objawy stoją w stosunku przyczynowym do siebie, w innych przypadkach nauka nie daje nam wytłómaczenia, dlaczego pewne szeregi objawów bez związku przyczynowego znachodzą się zazwyczaj obok siebie, czego nas znowu doświadczenie nauczyło. Zestawienie tych zdobyczy bądźto nauki, bądź też czystéj empiryi, jest również pomocnem w rozpoznawaniu.

To postępowanie przy badaniu i rozpoznawaniu wskazuje, że między badaniem klinicznem a przyrodniczem różnicy zasadniczéj nie ma. Dlatego też „jedyną szkołą dla umysłu lekarza jest badanie przyrodnicze. Oddający się studyjom lekarskim wprzód, zanim dotknie się nader zawiłych i trudnych zadań klinicznych, winien nietylko być obeznany z treścią nauk przyrodniczych, ale nadto obyty z metodą badania przyrodniczego. Klinikę poprzedzić winna pracownia chemiczna, bijologiczna itp. Nie dość być świadkiem badania, należy w niem brać udział bezpośredni, należy nawet dojść do zdolności wykonywania na własną rękę owego badania.

Szanowny prelegent dopomina się koniecznie, aby zmieniono porządek studyjów lekarskich w tym duchu, iżby naukom przyrodniczym i bijologii a szczególnie badaniu laboratoryjnemu więcéj można było czasu poświęcić niż to się dzieje dotychczas, natomiast pewne specyjalności w medycynie praktycznéj, które zajmują dziś niestosunkowo wiele czasu, należałoby ograniczyć i w znacznéj części poza program studyjów uniwersyteckich usunąć. Za piękny odczyt zebranie nagrodziło prelegenta hucznemi i przeciągłemi oklaskami.

Po odczycie prof. Dra Baranowskiego wybrano na wniosek komitetu gospodarczego Jury wystawy przyrodniczo-lekarskiéj, składająca się z następujących członków Zjazdu: p. Dicksteina i Dr. Pollaka z Warszawy, Dr. Święcickiego z Poznania, p. Kochanowskiego, prof. Dr. Pawlewskiego i Dr. Ziembickiego ze Lwowa, Doc. Dr. Obrzuta z Pragi, Prof. Dr. Gluzińskiego, prof. Dr. Janczewskiego i Doc. Dr. Walentowicza z Krakowa. Następnie dyrektor wystawy przyrodniczo-lekarskiéj Dr. Michał Śliwiński w krótkiem przemówieniu ogłosił otwarcie wystawy zapraszając członków i uczestników Zjazdu do życzliwego zwiedzania wystawy. Po zamknięciu posiedzenia ogólnego udało się zgromadzenie na wystawę przyrodniczo-lekarską, gdzie członkowie komitetu z dyrektorem na czele, oraz wystawcy udzielali zwiedzającym szczegółowych objaśnień, tyczących się wystawionych przedmiotów.

Jeżeli się przejdzie wszystkie sale przeznaczone do pomieszczenia przedmiotów wystawionych i zważy się z jakiemi trudnościami u nas walczyć trzeba, z jaką niechęcią osób mogących się przyczynić do uświetnienia wystawy spotyka się urządzający takową, to zaiste zdumiewać się trzeba, że w stosunkowo tak krótkim czasie nietylko przyprowadzono wystawę do skutku, lecz także, że przeszła wszelkie oczekiwania. Jestto niezaprzeczenie wielką zasługą niezmordowanego dyrektora wystawy Dra Śliwińskiego.

W pierwszéj sali wystawiły swoje wody mineralne i sole zarządy zdrojowisk krajowych. Z Wysowy uwagi godną jest szczawa obojętna ze zdroju Józefa, składem swoim równa Giesshüblerowi. Musimy jednak zwrócić uwagę zarządowi, że flaszki są niedostatecznie zakorkowane, wsku-

tek czego tracą wiele bezwodnika węglowego. Bardzo staranne są wystawy ze Sierszy, Truskawca, Krynicy, Morszyna i Iwonicza. Z Rymanowa pierwszy raz wystawiono sól do użytku wewnętrznego; spotykamy tu także wody z nowego zdrojowiska Burgut w powiecie Kossowskim. Zarządy Lubienia i Szczawnicy raczyły przysłać po kilka flaszek. W sali téj znajduje się jeszcze piękny zbiór wszystkich rodzai ropy i nafty wydobytych z kopalń galicyjskich a wystawionych przez dyrekcyję Muzeum techniczno przemysłowego w Krakowie.

Z okazów przyrodniczych zwracają uwagę na siebie preparaty prof. Feigla, przedstawiające kostnienie, preparaty prof. Kadyja, znany skądinąd przekrój osoby zmarłéj podczas porodu własność prof. Dra Marsa, preparaty stwardnienie prof. Teichmana, preparaty Szymonowicza, tablice z fotografijami typów ludzkich i inne.

Wystawa rozpraw i pism stanowiących polską literaturę przyrodniczą i lekarską ostatnich dziesięciu lat, jakkolwiek znacznéj części dzieł nie zgłoszono, bardzo liczbą swą imponuje i widocznym jest dowodem, że próżniactwa nam zarzucić nie można.

Kilka pokoi zajęła wystawa sprzętów i przyborów szpitalnych i ratunkowych. Tutaj na uwagę zasługuje pokój z domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego w Krakowie, gabinet elektro-terapeutyczny Doc. Dra Piotrowskiego ze Lwowa, zawierający przyrządy do prądu stałego i przerywanego, do faradyzacyi, do suspenzyi i nawet bibliotekę dzieł z zakresu neuropatologii i elektroterapii. Przemilczeć także nie można o dokładnie wykończonych sprzętach i przyborach do pielęgnowania chorych służących, wystawionych przez p. Markusa, blacharza z Krakowa, którego przyrządy dokładniejsze w innéj grupie umieszczone jak np. termostat prof. Marsa są również bardzo ładnie wykończone.

Sala pierwsza na pierwszem piętrze mieści w sobie przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Powszechną uwagę zwracają tu przedewszystkiem na siebie wyroby pochlebnie w naszym kraju znanego z energii i obrotności aptekarza z Jezierny p. Zahradnika: kapsułki i perełki lecznicze „Hygea“, z których piękny transparent przedstawiający herb miasta Krakowa złożył, szafka na trucizny, w której pomyłka przy wydawaniu lekarstw jest bardzo trudną, szafka zawierająca odtrutki itd. Z wystawionych przez p. Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie, znanych już przetworów i wyrobów wspomnę o bardzo praktycznych czopkach z masła kakaowego wewnątrz próżnych, które dowolnemi środkami napełniać można; mogą one praktykowi lekarzowi na prowincyi niezłe oddać usługi. Niemniej dobre są preparaty wystawione przez innych aptekarzy, jak p. Siedleckiego z Krakowa (Mydło glicerynowe), p. Mańkowskiego z Sieniawy (pigułki kreozotowe), p. Bełdowskiego z Krakowa, p. Urbanowicza z Warszawy.

Nie mogę pominąć ze wszech miar godnych poparcia wód mineralnych sztucznych, polecanych przez komisyję przemysłową Towarzystwa lekarskiego w Krakowie i według jej przepisów z dobréj wody wyrabianych przez znaną fabrykę krakowską pp. Rzący i Chmurskiego. (C. d. n.)

Dr. A. Beck.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lipca. Minęły piękne dni w Aranzuez, możemy powiedzieć, kiedy się dziś oglądamy po pustym Krakowie, podczas gdy przed paru dniami na każdym kroku spotykaliśmy się z kolegami i przyjaciółmi, którzy ze wszystkich dzielnic ojczyzny naszéj zjechali się byli, celem brania udziału w Zjeździe lekarzy i przyrodników. Dziś ich już niema, a w dodatku razem z nimi uleciało wielu kolegów tutejszych, którzy zmęczeni całoroczną pracą, opuścili miasto, celem wytchnienia na świeżem powietrzu. Jak szczerze i radośnie witaliśmy przybywających, tak czujemy obecnie próżnię po ich wyjeździe, a nie pozostaje nam inna pociecha, jak nadzieja widzenia się za 3 lata w Poznaniu. Jak na Zjazdach poprzednich, tak i tym razem koledzy czescy byli bohatyrami dnia, uznano powszechnie ich chęć zbliżenia się do nas, ich serdeczność, a zapewnienie jednego z nich uroczyście wypowiedziane, że chętnie przybywają do nas, ponieważ niemają na świecie bliższych od nas, rozrzewniło wszystkich słuchaczów. Tuszymy sobie, że goście nasi wynieśli z Krakowa dobre wrażenie, a o ile ocenić możemy, to Zjazd VI pod żadnym względem nie wypadł gorzéj aniżeli Zjazdy poprzednie. Jeżeli mili goście nasi zdanie to nasze podzielą, będzie to najlepszą nagrodą starań lekarzy krakowskich i ofiarności Towarzystwa naszego lekarskiego. W Numerze dzisiejszym rozpoczynamy sprawozdanie z czynności Zjazdu, a podawać je będziemy bez przerwy. Redakcyja nie szczędziła zabiegów i kosztów, aby zapewnić tygodnikowi naszemu dostateczną liczbę sprawozdawców ze wszystkich sekcyj lekarskich, którzy pod kierownictwem p. Dra Becka, asystenta przy katedrze fizyjologii, i pod jego odpowiedzialnością, zapewne wywiążą się dobrze i sumiennie ze swego trudnego zadania.

* Dnia 27 b. m. odbędzie się w Zakopanem poświęcenie Zakładu leczniczego Dra Chramca.

* W Rymanowie do d. 15 b. m. było gości 679, — w Szczawnicy 1466, w Cieplicach czeskich do 20 b. m. 4039.

* W tygodniu 26-ym (od 28 czerwca do 4 lipca) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 40, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 9, z dławca i błonicy, z duru brzusznego i z nieżytu żołądka i jelit po 2. — W tygodniu zaś 27-ym (od 5—11 lipca) małżeństw 11, urodzin 85, skonów 42, z tych z gruźlicy 11, z zap. płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit po 4, z płonicy 2.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 1 Sierpnia 1891. Nr. 31.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów.

Odczyt wygłoszony w sekcyi medycyny wewnętrznéj na Zjeździe lekarzy i przyr. w Krakowie d. 18 lipca 1891 r.

Podał
Dr. Alfred Sokołowski,
Ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.

Obserwując przez czas dłuższy rozmaite cierpienia migdałów, spostrzegając najrozmaitsze objawy kliniczne i zestawiając je ze zmianami anatomicznemi, dochodzi się do przekonania, że patologija tych organów nie jest tak prostą i szczupłą jakby się wydawać mogło, przeglądając którykolwiek ze stosownych podręczników.

Migdały, zawdzięczając z jednéj strony swéj budowie anatomicznéj, a z drugiéj być może swéj roli fizyjologicznéj są gruntem bardzo podatnym, na którym rozwijać się mogą najrozmaitsze cierpienia zależne bądź od zaburzeń fizyjologicznéj czynności tych organów, bądź od przypadkowych zakażeń. Szczupłe ramy, w których dziś poglądy swoje na niektóre cierpienia zawrzeć muszę, pozwalają mi zaledwie na zaznaczenie wybitniejszych charakterystycznych cech badanych przezemnie spraw, lecz w każdym razie sądzę, iż będą one wystarczającemi, aby dowieść słuszności mych poglądów. Ograniczę się dziś na opisie niektórych cierpień, umiejscowionych wyłącznie w kryptach migdałów i charakteryzujących się obok innych zmian zwiększoną wydzieliną. Lecz i tu zastrzedz sobie muszę, że będę mówił tylko o tych sprawach, przy których wydzielina jest znacznie zwiększoną, morfologicznie zmienioną i zawsze gołem okiem przy badaniu spostrzeganą. Każdemu z klinicystów doskonale znanemi są rozmaite zapalenia migdałów, przy których z krypt wydzielają się białoszarawe masy. Każdy wie o tem, że podobne masy wydzielają się raz w sprawach ostrych, to znów w sprawach chronicznych; wydzielają się one bądź pod postacią twardych czopów, bądź też wypływają z krypty pod postacią ciągnącéj się masy i że nareszcie badane pod mikroskopem najrozmaitszą budowę wykazują. Najczęściéj w kryptach spotykamy się z czopami mniej lub więcéj twardemi, składającemi się prawie wyłącznie ze zrogowaciałych zbitych komórek nabłonkowych z małą domieszką ciałek limfatycznych. Czopy te siedzą zwykle głęboko w kryptach przerosłych migdałów i dopiero przy ucisku na migdał wychodzą na wierzch. Zaznaczając, że czopy te siedzą w kryptach przerosłych migdałów, nie chciałbym przez to przypisywać przerostowi jakiegoś znaczenia przyczynowego. Że zmiany, jakim podlegają migdały przy przeroście, mogą wpływać na zatrzymywanie się wydzieliny krypt, nie ulega to najmniejszéj wątpliwości, lecz biorąc pod uwagę budowę przed chwilą opisanych czopów, musimy obok przerostu przypuścić jakieś inne cierpienie, któreby wywoływało mocne bujanie i złuszczanie się nabłonków krypty wyścielających. Aby się przekonać, że przy przeroście migdałów łatwiéj niż w jakichkolwiek innych warunkach wydzielina krypty zatrzymać się może, dostatecznem jest otworzyć kryptę stwardzonego w alkoholu przerosłego migdała. Prawie zawsze ściany podobnéj krypty są zasypane drobnemi ziarenkami, a czasem jakby brodaweczkami. Wielokrotnie badając pod mikroskopem podobne krypty, przekonałem się, że ziarenka i brodaweczki te są niczem innem, jak mocno przerosłemi folikułami, wrastającemi w światło krypty. Podobne wrastanie folikułów wywołuje zwężenie ujścia krypty, a przez to zatrzymywanie się zawartości, która pozostając w krypcie przez czas dłuższy, jako ciało obce i rozkładające się drażni sąsiednie tkanki, doprowadza do katarów objawiających się najczęściéj proliferacyją i mocnem złuszczeniem się nabłonków. Widząc tak ścisły związek pomiędzy przerostem migdałów a podobnym katarem krypt, możnaby się na niego zapatrywać jako na jeden z objawów, jako niezbędne następstwo przerostu. Zwracając jednak baczniejszą uwagę na kliniczną stronę tego cierpienia, jako to częste wydzielanie

się czopów, częsty ból i utrudnione łykanie, a następnie na ten fakt, że podobne katary deskwamacyjne chociaż rzadko jednak spotykałem w migdałach mało lub wcale nie przerosłych, stanowczo skłaniam się ku oddzieleniu tego cierpienia od zwykłego przerostu migdałów, a nawet ku nadaniu oddzielnego miejsca w klasyfikacyi cierpień migdałów pod nazwą *tonsillitis lacunaris desquammativa chronica.* Sprawa ta jak wiadomo jest zawsze przewlekłą i pomimo najrozmaitszych rękoczynów ustępuje bardzo trudno; wycięcie nawet migdałów, które jakby się wydawać mogło, powinnoby radykalnie uleczyć chorego, nie zawsze do celu doprowadza. Niekiedy u chorych podobnie cierpiących zjawia się pogorszenie, charakteryzujące się mocnym bólem gardła, zaczerwienieniem i obrzękiem błony śluzowéj migdałów. Badając gardziel, spotykamy się z temi samemi czopami, cała różnica polega na tem, że tam czopy przy ucisku na migdał łatwo się wydzielały, tu zaś siedzą w kryptach bardzo mocno. Badanie mikroskopowe samych czopów i migdałów wyciętych w podobnym okresie przekonało mnie, że pod względem anatomicznym te dwie sprawy wcale się nie różnią. Zmiana obrazu klinicznego zależy wyłącznie od obostrzenia się sprawy chronicznéj. Co się tyczy przyczyn podobnych obostrzeń to za możliwe uważam dwa czynniki. Przed chwilą mówiłem, że przy obostrzeniu sprawy chronicznéj czopy w kryptach siedzą bardzo mocno. Przyczyną podobnego utkwienia czopów może być z jednéj strony tak mocne zbliżenie się ścian krypt wskutek przerostu folikułów, że nie wystarczającą jest siła działających na migdał mięśni, aby je usunąć, a one dopiero jako ciała obce wywołują obostrzenie lub też przyłącza się jakieś zapalenie, chociażby charakteru surowiczego, które wywolując przekrwienie i obrzęk ścian krypt, utrudnia wydzielanie się zawartości. Jednem słowem przypuszczam, że z jednéj strony samouwięźnięcie czopów może wywoływać obostrzenie, z drugiéj zaś strony obostrzenie jest wywołane innym jakimś czynnikiem chociażby natury reumatycznéj, a uwięźnięcie czopów jest tylko objawem następowym. Bez wątpienia i w tym razie nie pozostanie ono bez wpływu i odbije się czy to na natężeniu czy też na przewlekłości sprawy, tembardziéj że prawie we wszystkich czopach wykrywałem rozmaite pasorzyty, a nawet w jedym przypadku aktinomykozę. Mówiłem, że żadnych podstaw anatomicznych, któreby wyraźnie charakteryzowały to cierpienie, nie mam, że badania mikroskopowe dały mi prawie te same obrazy, jakie obserwowałem przy chronicznym przebiegu téj sprawy. Lecz i w tym razie, również jak w pierwszym, klinika zmusza mnie do pewnych ustępstw na jéj korzyść. Grunt na którym rozwijają się te obostrzenia, jednem słowem chroniczne wydzielanie się czopów, daje często jak mówiłem objawy małe i niewyraźne, a tymczasem obostrzenie ma tak wybitne cechy sprawy ostréj, że nie oddzieliwszy jéj, przyczyniłbym się do nowéj plątaniny i tak nie zbyt jasnych pojęć w téj kwestyi.

Jeżeli chory nic nie wiedząc o swem chronicznem cierpieniu przyjdzie do lekarza ze wszystkiemi objawami sprawy ostréj, to ostatniemu nie możemy się dziwić, że się zawaha wpierw nim ją nazwie chroniczną. Dlatego też uważając ją za chroniczną obostrzoną jedynie ze względów czysto praktycznych, proponuję również oddzielenie téj sprawy i nazwanie jéj *tonsillitis lacunaris desquamativa exarcebata.* Za sprawę ostrą *desquamativa acuta acuta* uważać jéj nie mogę, gdyż w podobnych sprawach dochodzi do całkowitego złuszczenia całéj warstwy nabłonkowéj. Na tych miejscach tworzą się erozyje, czego w badanych przezemnie przypadkach nie spostrzegałem. Bardzo jest rzeczą możliwą, że sprawa ta istnieje w migdałach oddzielnie; proponując więc nazwę, znów nie byłbym w zgodzie z anatomiją.

Mówiąc o sprawach zapalnych migdałów zlokalizowanych do krypt, nie mogę pominąć tak ważnéj i częstéj sprawy, o któréj już tyle mówiono i pisano, mianowicie o tak zwanéj *angina follicularis.* Nie mogę tu obszerniéj zatrzymywać się nad literaturą danego cierpienia, muszę jednak wspomnieć o podstawowéj pracy B. Fraenkla z Berlina (1886 r.) p. t. „*Angina lacunaris und diphteritica*“. Autor zalicza to cierpienie do chorób czysto zakaźnych, zwraca uwagę na częste tak zw. epidemije domowe, na możliwość przejścia téj sprawy w błonicę, nareszcie na poparcie związku tych dwóch spraw przytacza przykłady, w których jeden osobnik zarażając się od drugiego cierpiącego na t. zw. *anginam lacunarem*, dostawał błonicy lub odwrotnie. Daléj opisuje swe badania bakteryjologiczne, nad wydzieliną krypt przy tem cierpieniu. Zdołał on wyhodować trzy gatunki; jeden *diplococcus*, drugi przypominający *staphylococcus pyogenes aureus*, trzeci *staphylococcus pyogenes albus.* Szczepienia jednakże nie dały żadnych pozytywnych rezultatów i dlatego też żadnemu z tych pasorzytów autor specyficznych własności nie przypisuje. Na zakończenie przyznając że tak zw. *angina lacunaris* jest ściśle związaną z błonicą, Fraenkel stanowczo oddziela ją od błonicy na podstawie badań mikroskopowych dokonywanych nad wydzieliną. Autor nigdzie nie wykrywał włóknika i dodawszy do tego nieco słabsze objawy kliniczne w porównaniu z błonicą, uważa twierdzenie swoje za zupełnie uzasadnione.

Ja badałem nieco odmienne zmiany, które się odbywają w migdałach w *angina lacunaris,* niż to czynił Fraenkel. Nie ograniczałem się na badaniu wydzieliny krypt, lecz wycinałem u téj kategoryi chorych cały migdał i zatopiwszy go w parafinie, badałem skrawki pod mikroskopem. Aby dowieść, że miałem do czynienia z rzeczywistą tak zw. *angina lacunaris,* opowiem w paru słowach objawy kliniczne i zmiany na migdałach, jakie spostrzegałem u operowanych chorych. Podobnie zajęte migdały wycinałem u trzech chorych. Byli to ludzie młodzi od lat 12 do 29, często zapadający na rozmaite cierpienia gardła. Dwoje z nich opowiadało, że kilkakrotnie przedtem przebywali błonicę. Przychodzili rozgorączkowani, skarżąc się na mocny ból gardła. Przy badaniu znajdowałem ciepłotę dochodzącą do 39°, usta spieczone, gruczoły szyjowe powiększone i bolesne. We wszystkich przypadkach znajdowałem jeden migdał mocno powiększony i zaczerwieniony. Na jego powierzchni spostrzegałem liczne, biało-żółtawe plamki ściśle ograniczone do ujścia krypt. Przy dotknięciu sondą widziałem, że plamki te nie są niczem innem jak wydobywającą się z krypt zawartością, która pod wpływem ucisku wypływała pod postacią biało-żółtéj, ciągnącéj się masy. Inne części gardziela były umiarkowanie zaczerwienione, w krtani i jamie nosogardzielowéj żadnych zmian nie wykrywałem.

Charakterystycznem jest, że wogóle autorowie przy wskazaniach do wycinania migdałów zaznaczają, że ostre zapalenie migdałów jest stanowczem przeciwskazaniem do operacyi, gdyż mogą nastąpić obfite następowe krwawienia. W operowanych przezemnie przypadkach nie miałem podo-

bnego powikłania, sądzę więc, że obawa ta jest może nieco przesadzoną.

Na skrawkach barwionych sposobem Weigerta znajdowałem przedewszystkiem mocno rozszerzone krypty i całkowicie wypełnione zawartością. Zawartość ta różniła się od mas, o których mówiłem przy *tonsillitis desquamativa*. Tu uderzała wielka ilość ciałek limfatycznych, pasorzytów i obecność siateczki włóknikowej. Co się tyczy grzybków, to spostrzegałem prawie wyłącznie drobniutkie diplokoki, lecz obok nich spostrzegałem i inne gatunki, mianowicie streptokoki, pojedyncze koki i laseczniki, lecz nie gruźlicze. Włóknik we wszystkich przypadkach niewątpliwie znajdowałem, lecz stosunek jego do tkanek różnił się nieco od stosunku, jaki zwykle obserwujemy w złośliwej błonicy. Tam siateczkę włóknikową widzimy głęboko wdrążającą się w tkankę i tkanka sama podlega nekrozie. Tu chociaż jedno i drugie można spostrzegać, jednak sprawa ta odbywa się bardzo łagodnie, nekrotyczne ogniska widziałem w niewielu miejscach i to tylko w powierzchownych warstwach tkanki. Tkanka adenoidalna i folikuły nie przedstawiają żadnych ważniejszych zmian, prócz bardzo mocnéj infiltracyi. Dodawszy do tego wszystkiego, że komórki, między któremi widocznym był włóknik, źle się barwiły, musimy dojść do wniosku, że mamy tu do czynienia z typowem zapaleniem rzekomo błonowem *(infiltratio pseudomembranea)*, a cechami odróżniającemi je od zwykłego dyfterytu są: zawsze jednostajne umiejscowienie, mniejsza złośliwość i mniejsza tendencyja do rozszerzania się. Jednem słowem tak zw. *anginam lacunarem* uważam za sprawę identyczną z dyfterytem, tylko nieco mniejszego natężenia. Co się tyczy przyjętéj dotychczas nazwy *„angina follicularis“* to wydaje mi się ona zupełnie nieuzasadnioną. Przez wyraz *angina* pojmujemy rozlane zapalenie gardziela, a wcale nie migdałów, a tembardziéj krypt. Nazwa *lacunaris* nieco bliżéj lokalizuje sprawę, lecz nic nie mówi o jéj istocie. *Angina lacunaris* może przecież być *catarrhalis, pseudomembranacea, tuberculosa* i t. d., sama przez się *angina lacunaris* nic bliżéj nie określa. — Określenie zaś tak często używane *angina follicularis* w tym znaczeniu jest podług mnie zupełnie błędnem, gdyż folikuły są tu zawsze wolnemi. Najracyonalniejszym terminem wydaje mi się *tonsillitis lacunaris pseudomembranacea*, gdyż termin ten ściśle lokalizując sprawę daje również pewne pojęcie o istocie samego zapalenia.

Zaznaczyć muszę, że nie mam żadnych podstaw, aby módz cośkolwiek powiedzieć o etylojologii tego cierpienia, gdyż nie robiłem kultur i doświadczeń na zwierzętach. — Zauważyć muszę, że praca w tym kierunku przedstawia kolosalne trudności ze względu na bezpośrednią komunikacyję krypt z jamą ustną. Nad pytaniem tém pracowało już wielu badaczy (Frenkel, Seifert, Gabbi, Czajkowski i inni), a jednak żadnych pozytywnych danych, dotychczas nie mamy. Sądzę jednak, że gdyby nawet badania dokonywane w tym kierunku dały jakiekolwiek pozytywne rezultaty, nie zmienią one mych zapatrywań na istotę saméj sprawy, opartych na badaniach anatomo-patologicznych.

Wyniki otrzymane z badania patologicznego pozwalają czynić bardzo ważne wnioski praktyczne, zapatrując się bowiem na tak zw. *anginam follicularem*, jak na lekki stopień zakażenia dyfterytycznego lekarz winien przedsięwziąć wszystkie te same środki profilaktyczne jak i w zwykłym dyfterycie, doświadczenie bowiem kliniczne już dawno wykazało, że w jednym i tym samym domu po zapadnięciu jednéj osoby na tak zw. *anginam follicularem*, inne późniéj zapadały na zwykłą mniéj lub więcéj ciężką błonicę, a co sobie tłomaczono wystąpieniem niezależnéj od tamtych spraw innego rodzaju infekcyi.

Praca, zawierająca szczegółowe wyniki badań, dokonanych wspólnie z asystentem moim Dr. Dmochowskim, pomieszczoną zostanie w „Gazecie Lekarskiej“.

II. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalinskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową

na podstawie 4057 przypadków

zestawił

Dr. Leon Wachholz,

asystent Uniw. Jagiell. i lekarz praktykujący w tymże oddziale.

Panowie! Pozwólcie, że zabiorę głos w sprawie bardzo ogół chirurgów obchodzącéj, w sprawie narkozy. Jeśli myślą przeniesiemy się o kilkanaście wieków wstecz, w zamierzchłe starożytne czasy, widzimy naukę chirurgii wysoko rozwiniętą a obok niej widzimy, że egoistyczny duch ludzki już wówczas umysły naginał do badań, aby znaleść środki mogące ulżyć choremu w mękach i cierpieniach, gdy mu losem przeznaczono krwawym zabiegiem odzyskać w części swe zdrowie.

Nie jest moim zamiarem wspominać zdobycze ówczesne w dziale narkozy, np. konop indyjski i makowiec znany starożytnym Egipcyjanom i Chińczykom, ani kamień z Memphis w Rzymie używany, o którym Pliniusz młodszy i Dioscorides wspominają. Pragnę tylko w krótkich słowach zwrócić uwagę, jak gorączkowo dzisiaj się wysilamy, aby znaleść środek znieczulający, środek, któryby w części chociaż odpowiedział zasadzie Asclepiadesa do całéj lekarskiéj wiedzy zastosowanéj: *„cito, tuto et jucunde“*. Niestety, ani eter, ani chloroform nawet w części zasadzie téj nie odpowiadają, a dowodem tego to ciągłe krzątanie się za nowym środkiem, któryby pewnie i bezpiecznie znieczulał, nie odbierając choremu przytomności, nie narażając go na niebezpieczeństwo życia. I oto cały szereg środków targ chemiczno-farmaceutyczny co chwila przynosi, środki te wypływają na chwilę, aby potem w historyi tylko pomieszczenie znaleść.

A więc w miarę nieudałych poszukiwań za nowym środkiem, eter a głównie chloroform coraz więcej na powadze zyskują. Nie mogąc znaleść środka nowego lepszego, musimy przy dawnych pozostać, a chcąc ich ujemne strony złagodzić, doświadczeniem codziennem starać się nam trzeba, z działaniem ich bliżéj się zapoznawać, szkodliwym ich następstwom przeciwdziałać.

Korzystając z bogatego materyjału zebranego w oddziale szpitala św. Łazarza, pozostającym pod umiejętnym kierunkiem prof. Dra Obalińskiego, odważę się pokrótce naszem doświadczeniem z Panami podzielić. Na tem miejscu niechaj mi wolno będzie złożyć szczere podziękowanie czcigodnemu prof. Dr. Obalińskiemu za tyle łaskawe użyczenie materyjału, zachęcenie do pracy i za cenne wskazówki śród pracy mi udzielane.

Pół wieku blisko już upływa od chwili, gdy rok 1846 przyniósł nam eter, jako środek dokładnie znieczulający, po raz pierwszy przez dwóch amerykanów Charlesa Jaksona i W. T. G. Mortona, zrazu tylko przy zabiegach w jamie ust, głównie przy ekstrakcyi zębów używany. Dopiero Warren na prośby Mortona zastosował eter przy wyłuszczeniu guza na szyi. Odtąd eter rozpowszechniał się szybko, kojąc ból i przestrach przy krwawych zabiegach.

Tymczasem w dwa lata później podaje Simpson do użytku w miejsce eteru chloroform, wykryty przez Soubeirana w Paryżu w r. 1831. Odtąd chloroform zaczyna zyskiwać przewagę nad eterem; jednak w miarę doświadczenia, w miarę jak zaczęto się przekonywać o różnych niebezpieczeństwach życiu grożących w czasie narkozy chloroformowéj, zarzucono go tu i ówdzie i znowu eter stosowano.

I tak w Anglii i Ameryce od roku 1872, tj. od czasu wystąpienia Dra Joy Jeffriesa na zjeździe oftalmologicznym z oświadczeniem, iż na podstawie doświadczenia klinicznego eter jest pod każdym względem pewniejszym, mniéj życiu zagrażającym środkiem znieczulającym, a potem zwłaszcza od czasu, gdy doświadczenie to klinicznie stwierdzonem zostało doświadczeniami na zwierzętach dokonywanemi, eter napowrót zyskał swe prawa, ale tylko w Anglii i Ameryce. W Niemczech mimo oświadczenia się Schiffa za eterem jako środkiem bez porównania bezpieczniejszym od chloroformu, ten ostatni aż do dnia dzisiejszego pełne swe zastosowanie posiada. Tylko Billroth usiłuje go osłabić mięszanką swoją złożoną z chloroformu, eteru i wyskoku. Mimo ulepszenia metod narkozy eterowéj, przecież narkoza chloroformowa jest poręczniejszą, pewniejszą w skutku, a co główna, ostrożnie według ścisłych reguł stosowana może równie jak i eterowa bezpieczną. Albowiem i eter według ostatnich spostrzeżeń angielskich niebezpieczeństwo wywołuje a istnieje już nawet szereg przypadków notoryjnéj śmierci z eteru.[1])

Stały ląd Europy stosuje przeważnie chloroform do narkozy. I u nas w oddziale prof. Dra Obalińskiego od samego początku tenże się stosuje. Atoli z biegiem czasu nabrawszy po części doświadczenia własnego, a po części uwzględniając wskazówki wypływające z doświadczeń innych, zaczęto u nas indywidualizować środki do nakozy użyć się mające.

I tak stosuje się u nas przeważnie chloroform czysty, często jednak zastępuje się go częściowo eterem, lub przychodzi mu się w pomoc narkozą lokalną kokainową lub morfinową.

Chloroform ($CHCl_3$) inaczéj trójchlorometan lub trójchlorek formylu, przedstawia jak wiadomo ciecz bezbarwną, czystą, woni słodkawéj, smaku piekącego, wrącą przy 61° C., o c. g. przy 20° C. = 1,4939. Ze względu na sposób otrzymania go jest trojaki: 1) zwykły czyli niemiecki, 2) z wodnika chloralu otrzymywany i 3) angielski.

U nas używa się w miejsce trzy razy droższego angielskiego chloroformu niemieckiego, otrzymywanego przez zmięszanie 100 części podchlorynu wapniu z 300 częściami letniéj wody i 10 częściami wyskoku i następową destylacyję. Chloroform nasz podobnie eter, morfina i kokaina sprowadza się od firmy Pezoldta i Süssa z Wiednia. Jest on wolnym zupełnie od zanieczyszczeń, jak o tem pobieżna próba Heppa przekonywa; skrawek bibuły szwedzkiéj bowiem zanurzony w chloroformie, po jego wyparowaniu pozostaje bezwonnym.

Wolnym jest od alkoholu, jak tego próba Mialhego dowodzi[1]), wolnym od eteru, bo z rozczynem Lugola daje tylko jasno ametystowe zabarwienie (Berchon) wolnym od metylowych związków, bo nie czernieje za dolaniem kwasu siarkowego zgęszczonego (Sansom). Od kwasu solnego również jest wolnym, bo nie czerwieni papierków lakmusowych niebieskich i z azotanem srebra nie daje zmleczenia.

Każdą narkozę poprzedzamy zbadaniem stanu serca i płuc chorego. Nie znalazłszy zmian ani wypukiem, ani przysłuchem wykryć się dających w tychże lub znalazłszy nawet wadę ale należycie skompensowaną, rozpoczyna się narkozę, uwzględniając następujące okoliczności:

Chory spoczywa na stole w grzbietnem położeniu, w ten bowiem jedynie sposób może on swobodnie oddychać, na co już Kocher[2]) i druga komisyja Hyderabadu[3]) zwróciła uwagę. Jeżeli zaś sam rękoczyn wymaga ułożenia innego, narkotyzujący baczną zwraca uwagę na zachowanie się oddechu; jeśli tenże słabnie, układa się chorego w prawidłowe położenie t. j. na grzbiet. Przed rozpoczęciem narkozy obnaża się chorego z wszelkich ubrań mogących tamować swobodę oddechu, przykrywa się go natomiast prześcieradłem i kompresami. W okresie pobudzenia poskramia się ruchy chorego przytrzymywaniem go za ręce i nogi, nigdy zaś przez przytłoczenie brzucha lub klatki piersiowéj.

Przekonawszy się dokładnie o stanie chorego, przystępujemy do właściwéj narkozy: W książce oddzielnéj notujemy imię, nazwisko i wiek chorego, nadto czas dokładny rozpoczęcia narkozy. Po skończonéj narkozie wpisujemy ilość chloroformu, względnie użytego środka znieczulającego i czas, a to według formuły ułamkowéj prof. Dra Obalińskiego, $\frac{x + x'}{y + y'}$, gdzie x oznacza ilość chloroformu spotrzebowaną aż do wywołania snu i znieczulenia, y w mianowniku czas, który od początku aż do nastania narkozy upłynął, x' ilość chloroformu zużytą aż do końca operacyi, y' czas trwania operacyi, w ciągu którego ilość x' chloroformu zużyto. Obok téj formuły notujemy zachowanie się chorego w ciągu całéj narkozy, jakość pobudzenia, jakość znieczulenia, zachowanie się tętna, czy zachowywał się spokojnie, czy wymiotował i ile razy, czy wystąpiła zamartwica, synkope i t. d. wzorami:

Ex = pobudzenie wielkie,
ex = „ małe,
Asf = zamartwica wielka,
asf = „ mała,
w = wymioty w czasie narkozy,
w.po = wymioty po narkozie,
rw = ruchy wymiotowe,
nsp = niespokój.

Zwykle używamy do narkozy maski Esmarcha, w ostatnich czasach ulepszonéj o tyle, iż z łatwością da się złożyć na płask, nadto i przyrządu skombinowanego podanego przez Dra Wiskemanna z Mühlhausen w Alzacyi w r. b.[4])

---

[1]) *Deutsche Chirurgie.* 1880. Lief. 20. — Dr. O. Kappeler: *Anaesthetica.*

[1]) Chloroform wlany do wody destylowanéj bezbarwny a nie zmleczony na dnie naczynia osiada. — [2]) *Ueber kombinirte Chloroform-Aethernarkoze. Korespbl. für. schw. Aerzte.* 1890, Nr. 18. — [3]) *The Lancet.* — [4]) *Ein neuer Betäubungsapparat von Dr. Max Wiskemann. Berl. klin. Wochshr.* 1891, Nr. 3.

Przy użyciu maski zwykłéj wlewamy z flaszki ze szkła ciemnego chloroform do odmierzonych flaszeczek, zkąd potem przy zamkniętéj szklannéj zatyczce przez otwór w tejże maskę chloroformem się polewa.

Wiedząc jednak, jak niebezpiecznym jest chloroform bez pewnych zasad stosowany, doszliśmy empiryją do wniosku tego samego, jaki Bert[1]) badaniami swemi na zwierzętach dokonywanemi osiągnął, a mianowicie: polewamy maskę z początku narkozy obfitszą ilością chloroformu i zbliżamy takową szczelnie do ust, wbrew zasadzie podanéj przez wyżéj wzmiankowaną drugą komisyję Hyderabadu[2]), a to ze względu, iż chory w ten sposób prędzéj przywyka do przykrego uczucia jakby duszenia się przy pierwszych wdechach. Z chwilą gdy znieczulenie już nastąpiło, o czem przekonywamy się ze zwężenia źrenicy, braku odruchu rogówkowego i zwolnienia napięcia mięśni, czyli z chwilą nastania tak zwanéj przez Berta *„zone maniable“*, dolewamy chloroform tylko kroplami, aby chorego w jednakim stanie znieczulenia utrzymać.

W ten sposób stosowany chloroform przy zwykłéj masce nie naraża chorego na tak częste niebezpieczeństwa, a zbytecznemi czyni metody narkozy, jak: za pomocą wziewania par chloroformu wlanego na kompres lub chustkę[3]) koło ust chorego trzymanych. W powyższym sposobie narkozy kładzie się główny nacisk, jak to już Kappeler[4]) przyznaje, nie na ilość wylanego chloroformu, lecz na stopień zgęszczenia chloroformowych par w powietrzu wdechanem.

O sposobie użycia przyrządu Wiskemanna oraz o jego zaletach i wadach wspomnę w końcu mych spostrzeżeń.

Od dnia 1 lipca 1870 r. aż do 1 kwietnia 1891 roku narkotyzowano 4057 razy. Celem uwidocznienia wolnego wzrostu ilości narkoz w latach po sobie następujących, przytoczę cyfry z lat pojedynczych.

W roku	1870	było	narkoz	7
„	1871		„	13
„	1872		„	30
„	1873		„	33
„	1874		„	37
„	1875		„	44
„	1876		„	24
„	1877		„	36
„	1878		„	32
„	1879		„	75
„	1880		„	122
„	1881		„	99
„	1882		„	82
„	1883		„	187
„	1884		„	240
„	1885		„	284
„	1886		„	335
„	1887		„	332
„	1888		„	471
„	1889		„	639
„	1890		„	729
„	1891 do 1/IV			206

Razem 4057 narkoz.

Do tych 4057 narkoz odnoszą się dokładnie zapiski według formuły powyżej podanej do 1793 przypadków tj. od połowy roku 1888 aż po dzień 1 kwietnia 1891 roku. Z ogólnéj téj ilości 1793 narkoz przypada na narkozę czystą chloroformową 1684 przypadków. Z tych za pomocą przyrządu Wiskemanna 105 przyp., chloroformowych mięszanych a mianowicie z eterem 45 przyp., z kokainą 43 przyp. z eterem i kokainą 20 przyp., z morfinem nie zapisano dokładnie ilości oprócz jednej w ostatnim roku. Na 1793 narkoz zużytkowano 18 kg. 642 gr. chlorof. celem wywołania znieczulenia; ogółem zaś spotrzebowano 48 kg. 730 gr. chloroformu w czasie 1256 godzin.

Przeciętnie potrzeba było do wywołania narkozy 10·6 gr. chloroformu w czasie 9·1 minuty; zaś celem utrzymania chorego aż do końca zabiegu w znieczuleniu zużyto średnio 17·6 gr. chlorof. w średnim czasie 34·3 minut. Zatem ilość zużytego chloroformu w ciągu jednéj minuty = 0·6 gr.

Największą ilość chloroformu aż do wywołania narkozy przedstawia $80_{,0}$, jaką spotrzebowano w przypadku z rozpoznaniem: *carcinoma laryngis*, w którym krtań całkowicie wyłuszczono. Narkozy dokonano lejkiem Trendelelenburga zapomocą rury połączonym z kaniulą tamponującą tchawicę. W przypadkach zabiegów w krtani podejmowanych zwykle wielkie ilości chloroformu się zużywają, jak o tem już i prof. Pieniążek miał sposobność się przekonać[1]). Tego samego przypadku dotyczy także maximum co do czasu, w którym zupełna narkoza nastała, wynoszące 45 minut i największa ilość chloroformu aż do końca zabiegu $110_{,0}$ gr. chloroformu. Najdłużej zaś trwał ze wszystkich 1793 przypadków, zabieg z powodu mięsaka migdałka u mężczyzny podjęty, gdzie wykonano *„pharyngotomiam later.“* — tu czas trwania zabiegu wyniósł 232 minut.

Minimalne ilości odnośnie do formuły $\frac{x + x_1}{y + y_2}$ otrzymano: $x = 1_{,0}$ u kobiety z rozpoznaniem: *carcinoma recidivum thoracis*, i u 3 miesięcznego dziecka z rozpoznaniem: *naevus faciei pilosus*, gdzie $x = 1_{,0}$. Co do x^1 to w przypadkach zapalenia ropnego sutka *(mastitis)* i ropniach większych wymagających wyłyżeczkowania $x^1 = 1_{,0}$ $y = 3$ min. u chłopca z *phimosis congenita* i 2 min. u dziecka powyżej wzmiankowanego z *naevus faciei.* Y^1 w wypadkach ropni = 1 min.

Ilość zużytego chloroformu aż do wywołania narkozy pełnéj zależała:

1) od tego, czy chory nadużywał napojów wyskokowych; ci bowiem jak ogólnie wiadomo trudniéj znieczuleniu ulegają i większych ilości chloroformu wymagają. Nadto okazało się z kilku niestety tylko przypadków, w krótkim odstępie czasu kilkakrotnie usypianych, iż i tu dawka chloroformu do wywołania znieczulenia za każdym następnym razem musiała być zwiększaną, i tak:

J. Z. mężczyzna operowany z powodu *hernia inguin.* metodą Mac-Evena zużył $\frac{17 + 29}{15 + 38}$ w dwa tygodnie potem

---

[1]) *Compt. rend.* 1881—1885. — [2]) *The Lancet.* — [3]) Gosselin: *Bulletin de l'Acad. de méd.* 1882. — M. Baudouin (Paryż). *Ein neues Verfahren der Chloroformnarkose mittelst schwacher kontinuirlicher Dosen. Centralblatt für Gynaekologie.* 1891. 14. Maerz. — [4]) Dr. O Ruppeler. *Ueber die Methoden der Chloroformirung. Langenbecks-Archiv. für Klin. Chir.* B. 40. H. 4. pag. 852 s.

[1]) W jednym przypadku zużył prof. Pieniążek około 250,0 gr. chloroformu do wywołania narkozy. Tutaj wykonał prof. P. laryngofisurę z powodu zwężenia głośni. Ilość tę wielką chlor. tłómaczy P. wdechaniem czystego powietrza przez częściowo zwężoną głośnię, gdy maska na kaniuli spoczywała.

po drugiéj stronie operowany zużywa $\frac{20+45}{13+26}$.

E. M. kobieta z powodu różnych zmian gruźliczych operowana w odstępach dwu i trzytygodniowych i przedstawia wzory: za pierwszym razem $\frac{8+4}{7+9}$ za drugim $\frac{10+20}{15+45}$ za trzecim $\frac{15+3}{5+7}$. (C. d. n.)

III. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci.

Podał
Dr. Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dok. Patrz Nr. 30).

A teraz pokażemy wyniki naszych badań w następujących tablicach.

(Patrz tablicę a) na str. 399.)

Porównajmy teraz przeciętne liczby tych tablic z przeciętnemi liczbami otrzymanemi przy badaniu tych samych chorych przed leczeniem, a skutek leczenia okaże się w następujących liczbach.

Okazuje się więc, że pod wpływem leczenia przymiotu wcieraniami 1) liczba czerwonych krążków nieznacznie wzrasta, zaledwie o 6% ogólnéj liczby, 2) ilość białych ciałek znacznie zmiejsza się blisko o 30% ogólnéj liczby, 3) wśród białych zmniejsza się głównie procentowa zawartość jednojądrowych lymfocytów a powiększa się zawartość wielojądrowych komórek 4) nakoniec powiększa się ilość hemoglobiny, mianowicie o 10%.

To samo znajdujemy po leczeniu podskórnemi zastrzykiwaniami kalomelu, z wyjątkiem białych ciałek, których liczbę znaleźliśmy po skończoném leczeniu powiększoną o 10%. Dziwny ten wyjątek da się chyba wytłómaczyć małą ilością spostrzeżeń (6), na zasadzie których wnioskujemy. Stopień zabarwienia krwi pod wpływem zastrzykiwań przedstawia się zacznie wzmocnionym, mianowicie na 18% pierwiastkowéj liczby.

Po ukończonem leczeniu wewnętrznem znaleźliśmy: 1) liczbę czerwonych krążków zmniejszoną znacznie, 2) liczbę białych także zmniejszoną, 3) wśród białych zmniejszony procentowy stosunek lymfocytów a powiększony stosunek wielojądrowych ciałek; nakoniec i ilość hemoglobiny nieznacznie powiększoną o 2·5%.

	czerwone	białe	stosunek	białe 1. m.	białe 1. d.	białe wielojądr.	hemoglob.
przed leczeniem wcieraniami	5,650 000	16.352	1 : 345	30 5%	9·5%	60%	76·2%
po leczeniu	5,950.000	10.470	1 : 568	27	6·6	66·4	86·2
	+ 300.000	— 5.882		— 3·5	— 3	+ 6·5%	+ 10%
przed leczeniem wstrzykiwan.	5,316.000	11.000	1 : 483	38·6%	8·4%	53%	74%
po leczeniu	5,625.000	12.333	1 : 456	31·6	6·8	61·6	91%
	+ 309.000	+ 1.333		— 7%	— 1·6%	+ 8·6%	+ 17%
przed leczeniem wewnętrznem	5,554.000	7.500	1 : 317	45%	7%	48%	70%
po leczeniu	4,655.000	11.500	1 : 404	40·5%	6·5%	53%	72·5%
	— 899.000	— 6.000		— 4.5%	— 0 5%	+ 5%	+ 2·5%

Z powyższego wnioskować możemy, że rtęć sprowadza albo nieznaczne powiększenie ilości czerwonych krążków, albo zmniejszenie, niekiedy dość znaczne. Powiększenie otrzymujemy przy długotrwałem podawaniu wewnętrznem, jeżeli trawienie wskutek tego rostraja się i odżywienie upada. Bliżej tę kwestyję rozpatrzymy jeszcze następnie. Ilość białych ciałek krwi po wpływem leczenia rtęcią w większości przypadków zmniejsza się i zbliża się do ilości prawidłowéj. Procentowy stosunek rozmaitych białych ciałek zbliża się również do stosunku prawidłowego. Nakoniec ilość hemoglobiny powiększa się nieproporcyjonalnie do zwiększenia ilości czerwonych krążków. Nawet w tych przypadkach, gdzie ilość czerwonych krążków zmniejsza się, stopień zabarwienia krwi widocznie na tem nie cierpi i ilość hemoglobiny nawet jest powiększoną. Jednem słowem rtęć w dawkach leczniczych wpływa na zachowanie się krwi zupełnie przeciwnie niż jad przymiotowy. Pod wpływem przymiotu powiększa się ilość białych ciałek i zwiększa się procentowy stosunek lymfocytów wśród białych ciałek i zmniejsza się procentowy stosunek lymfocytów. W przymiocie zmniejsza się znacznie ilość hemoglobiny, pod wpływem rtęci przeciwnie ilość hemoglobiny znacznie wzrasta.

III. Nakoniec musimy jeszcze rozpatrzyć jedno pytanie; mianowicie czy zmiany, jakie rtęć sprowadza we krwi chorych przymiotowych, występują powoli a stale, czy też z pewnemi mniéj więcéj prawidłowemi nasileniami. Musimy więc rozpatrzyć zachowanie się krwi w przebiegu samego leczenia rtęcią. Badania nasze ułożyliśmy, tym sposobem, że krew każdego chorego badano co 5 dni lub co tydzień z całą dokładnością. Żałuję mocno, że dla braku miejsca nie mogę tu przytoczyć szczegółowych tablic tych badań (w liczbie około 120). Widzielibyśmy z nich jakim licznym wahaniom, pozornie zupełnie nieprawidłowym, podlegają znajdowane liczby. Najwięcéj wahań przedstawia ilość czerwonych krążków. Ilość ta raz nagle spada na $^1/_2$ milijona lub więcéj, to znów po jakimś czasie podnosi się do nadmiernéj wysokości, przenoszącéj o 1—1 $^1/_2$ milijona ilość pierwiastkową i dochodzi czasem do patologicznéj wysokości (więcéj niż 7 milijonów). — Wglądając dokładnie w te cyfry, widzimy, że istnieje pewne prawo w tych wahaniach.

a) Wcierania.

Nr. porz.	Nr. spost.	Krążki czerwone	Białe ciałka	Stosunek białych do czerwon.	Białe ciałka: jednojądr. małe	jednojądr. duże	wielojądrowe	Hemoglobina	Ilość wcierań. Czas trwania leczenia
1	1	6,528 000	20.000	1 : 326					20 wcierań przez 52 dni.
2	2	6,194.000	12.000	1 : 516					52 wcierań i 2 zastrzykiwania przez 75 dni.
3	3	5,760 000	12.000	1 : 480					19 wcierań przez 38 dni.
4	4	6.124 000	12.000	1 : 510					28 „ „ 29 „
5	6	4,744.000	8.000	1 : 593	21	11	68	100%	24 „ „ 27 „
6	8	5,852 000	6.000	1 : 899	38	7	55	85%	27 „ „ 37 „
7	9	5,080.000	8 000	1 : 635	30	4	66	95%	24 „ „ 30 „
kobiety									
8	1	5,232.000	8 000	1 : 654					35 „ „ 50 „
9	2	5,596 000	12.000	1 : 499					30 „ „ 37 „
10	3	6,152.000	12 000	1 : 512					53 „ „ 62 „
11	4	6,308.000	12.000	1 : 517					23 „ „ 35 „
12	5	6,928.000	12.000	1 : 577					26 „ „ 44 „
13	10	6,348.000	12.000	1 : 529	20	10	70	95%	15 „ „ 36 „
14	12	5,956.000	4 000	1 : 1489	8	17	75	85%	32 „ „ 33 „
15	13	6,288.000	10.000	1 : 628	27	3	70	70%	30 „ „ 45 „
16	15	6.252.000	10.000	1 : 625	37	1	62	80%	32 „ „ 50 „
17	16	5.808.000	8.000	1 : 705	35	.	65	80%	22 „ „ 32 „
Przeciętnie		5.950.000	10.470	1 : 568	27	6.6	66.4	86.2%	

b) Zastrzykiwania.

Nr. porz.	Nr. spost.	Krążki czerwone	Białe ciałka	Stosunek białych do czerwon.	Białe ciałka: jednojądr. małe	jednojądr. duże	wielojądrowe	Hemoglobina	Ilość zastrzykiwań. Czas trwania leczenia
1	5	6,704.000	12.000	1 : 558	24	8	68	100%	4 zastrzyknięcia przez 24 dni.
2	6	4,164.000	8.000	1 : 520					4 „ „ 28 „
3	7	5,744 000	12,000	1 : 478	32	4	64	85%	6 „ „ 49 „
4	8	5,232.000	12.000	1 : 436	35	5	60	95%	4 „ „ 46 „
5	9	5,404.000	16.000	1 : 338	33	7	60	85%	7 „ „ 53 „
6	11	6,504.000	14 000	1 : 464	34	10	56	90%	5 „ „ 37 „
przeciętnie		5,625.000	12.333	1 : 456	31.6	6.8	61.6	91%	

c) Stosowanie wewnętrzne.

Nr. porz.	Nr. spost.	Krążki czerwone	Białe ciałka	Stosunek białych do czerwon.	Białe ciałka jedno-jądr. małe	jedno-jądr. duże	wielo-jądrowe	Hemoglobina	Uwagi
1	7	5,740.000	6.000	1 : 973	33	6	61	100%	180 pig. (5·0 *protojod. hydr.*) przez 48 dni.
2	14	3,332.000	18.000	1 : 185	37	.	63	60%	180 pig. (5·0) przez 40 dni.
3	1	4,808.000	10.000	1 : 480	47	.	53	75%	1·0 kalomelu przez 40 dni.
4	2	4,740.000	12.000	1 : 395	45	20	35	55%	0·7 kalomelu przez 30 dni.
przeciętnie		4,655.000	11.500	1 : 404	40.5	6.5	53	72·5	

W większości przypadków po zastosowaniu wcierań przez pierwsze 4—5 dni ilość czerwonych krążków pozostaje jednakową, następnie nieco się powiększa, aż do czasu wystąpienia ślinotoku. Wtedy nagle ilość czerwonych krążków spada na 1 mil. lub więcéj od poprzednio znajdowanéj liczby. W czasie przerwy w leczeniu ilość czerwonych krążków powoli się podnosi i po tygodniu lub 10 dniach dochodzi znowu do maksimum. Jeżeli teraz zastosujemy na nowo wcierania, liczba krążków jakiś czas pozostaje na téj saméj wysokości, dopiero kiedy powtórnie zaczynają dziąsła obziewać, niekiedy nieco wcześniéj występuje powtórny spadek, Spadek ten jednak nie bywa tak znacznym jak pierwszy, i znowu podczas przerwy w leczeniu wyrównywa się. Takie właśnie wahania spotykamy najczęściéj.

W kilku jednak przypadkach widziałem zupełnie odwrotne wahania, mianowicie maksimum przypadało na czas ślinotoku, minimum na czas przerwy w leczeniu. W przypadkach, gdzie wcierania nie wywoływały ślinotoku, gdzie można było stosować 30—40 wcierań bez przerwy, początkowo przez pierwsze 10 dni liczba czerwonych krążków niewiele wzrastała, następnie powoli zmniejszała się. Wahania jednak tu były wcale nieznaczne.

Takie same wahania, zależne od nasycenia ustroju rtęcią, spotykamy i przy podskórnem stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych i tu podczas ślinotoku ilość krążków zmniejsza się znacznie, w miarę zaś zmniejszania się ślinotoku i wydzielania rtęci z ustroju liczba czerwonych krążków wzrasta. Przy stosowaniu wewnętrznem rtęci w jednym przypadku, gdzie ślinotoku wcale nie było, gdzie trawienie było wyborne, wahania wyraźne (1½ milijona różnicy pomiędzy najniższą i największą liczbą) zdarzyły się dopiero pod koniec leczenia. W trzech zaś przypadkach od samego początku ilość czerwonych ciałek zaczynała spadać i ani razu przez cały czas leczenia nie podniosła się do wysokości poprzedniéj. We wszystkich tych przypadkach trawienie było mocno upośledzone. (Częsta biegunka, brak łaknienia).

Czemże więc objaśnić sobie możemy te tak częste wahania w ilości czerwonych krążków w przebiegu leczenia rtęcią? Mówiliśmy już poprzednio, że ilość czerwonych krążków w jednostce krwi, znajdowana przez obliczenie, jest ilością względną, że nie mamy prawa na zasadzie téj względnéj ilości czynić wniosków o ogólnéj zawartości organizowanych pierwiastków we krwi. Ilość ta, jak zresztą dane fizyjologiczne i patologiczne przekonywają, więcéj zależy od względnego zgęszczenia krwi, od zawartości we krwi wody, aniżeli od powiększenia lub zmniejszenia ogólnéj ilości czerwonych krążków w ustroju. Tym tylko sposobem t. j. względnem zgęszczeniem lub rozrzedzeniem krwi możemy wytłomaczyć owe liczne a tak znaczne wahania w ilości czerwonych krążków pod wpływem leczenia rtęcią. Rtęć, jak wiadomo z licznych doświadczeń i klinicznych badań, wywołuje nawet w niewielkich leczniczych dawkach wzmożenie wszystkich wydzielin. Otóż wskutek tego może nastąpić pewne zgęszczenie krwi, które wyraża się powiększeniem ilości czerwonych krążków. Takie jednak wzmożenie wydzielin nie jest stałem, od czasu do czasu następuje zmniejszenie tychże. Takie zmniejszanie wydzielin poprzedza zwykle okres powiększenia, jak to dowiodłem już w badaniach co do moczopędnego działania rtęci.[1]) W obec zmniejszenia ilości wydzielanego moczu następuje czasowe zatrzymanie wody we krwi, czyli innemi słowy czasowa wodnistość krwi ze zmniejszeniem ilości czerwonych krążków.

Nie przeczę, że pod wpływem rtęci może też nastąpić rzeczywiste, a nie względne zubożenie krwi. Zdarzyć się to może tylko przy dużych dawkach i przy długotrwałem stosowaniu przetworów rtęciowych. Wtedy ubytek czerwonych krążków jest jednako stałym, bez wyraźnych i znacznych wahań a i same czerwone krążki są wyraźne zmienione. — W przypadkach w którym przy wewnętrznem stosowaniu rtęci widziałem rzeczywiste zubożenie krwi (stały i ciągły spadek ilości czerwonych krążków w 3 przypadkach), znajdywałem wyraźne takie zmiay i w zachowaniu się samych krążków. Spotykałem wtedy pod mikroskopem znaczną ilość krążków rozpadających się, daléj bardzo dużo krążków albo olbrzymich (megalocytów) albo karłowatych, małych (mikrocytów). I sądzę, że rzeczywiste zubożenie krwi wśród leczenia rtęcią prędzéj można odkryć na zasadzie powyższych wyraźnych zmian w zachowaniu się i postaci krążków, aniżeli zapomocą obliczania ilości tychże.

Kończąc obecnie niniejszą pracę, jeszcze raz podaję w krótkości otrzymane wyniki:

1) Pod wpływem jadu przymiotowego ilość czerwonych krążków krwi przez długi bardzo czas nie zmienia się wcale i pozostaje prawidłową.

[1]) Moczopędne działanie przetworów rtęci. „Gazeta Lekarska" 1887 r.

2) Ilość białych ciałek pod wpływem jadu przymiotowego znacznie się powiększa.

3) Wśród białych powiększa się przeważnie ilość małych ciałek jednojądrowych (t. zw. lymfocytów), a zmniejsza się odpowiednia ilość wielojądrowych ciałek.

4) Pod wpływem przymiotu zabarwienie krwi (ilość hemoglobiny) znakomicie zmniejsza się.

5) Pod wpływem rtęci ilość czerwonych krążków ulega licznym wahaniom, które zależą od większego lub mniejszego zgęszczenia krwi, a nie od stopnia odżywiania chorego.

6) Pod wpływem rtęci ilość białych ciałek zmniejsza się i stosunek białych ciałek do czerwonych zbliża się do prawidłowego.

7) Wśród białych ciałek zmniejsza się liczba małych jednojądrowych a powiększa się procentowy stosunek wielojądrowych komórek.

8) Ilość hemoglobiny pod wpływem rtęci powiększa się stale i znacznie.

9) Przy prawdziwéj niedokrewności występującéj przy nadmiernem stosowaniu rtęci, czerwone krążki ulegają zmianom głównie co do jakości (rozpad krążków, megalocyty, mikrocyty.

W końcu uważam za obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie koledze Edwardowi Kohnowi, który pomagał mi w téj tak żmudnéj pracy, jaką jest systematyczne badanie krwi.

IV. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Zanim przejdę do opisu wyników badania anatomicznego własnych przypadków, powiem w kilku słowach o sposobach badania. Części wycięte przechowywałem najczęściéj w płynie Müllera, następnie przenosząc je do wyskoku, niekiedy wprost przechowywałem w wyskoku, chcąc zaś zbadać szczegółowiéj budowę tkanek, zwłaszcza przekonać się, o ile odgrywa tu rolę pośredni podział komórek, przechowywałem również cząstki w płynie Flemminga. Jako odczynów na istotę skrobiowatą używałem przygotowanych według Bötchera roztworu jodu w jodku potasowym, samego przez się, lub z następnem dodaniem kwasu siarkowego lub roztworu fijoletu metylowego. Dla zabarwienia tkanek używałem roztworów sinawca kampeszowego, przygotowanych według Freya i Delafielda, bądź samych przez się, bądź z następowem zabarwieniem karminem lub eozyną. Daléj używałem karminu Grenachera i roztworu pikrynowanego karminu w dwuboranie sodowym. Wyroby przechowane w płynie Flemminga zabarwiałem karminem ałunowym lub safraniną. W celu wykonania cięć, zalewałem części uprzednio należycie w wyskoku stwardniałe w parafinie.

Opiszę teraz przypadki moje każdy z osobna.

Przyp. 1 szy. Przy wycinaniu częściowem otrzymałem 15 cząstek, wielkości każda od 2—4 mm. kw., a przechodzących ze wszystkich prawie części spojówki, od brzegu oczodołowego chrząstek powiek do samego rąbka spojówki, nie wyłączając wreszcie fałdu półksiężycowego i mięska łzowego. Jakkolwiek chrząstki z rozmaitych pochodziły części, budowa ich wszakże była mniéj więcéj jednostajną. Najbardziéj znaczną grubość miały części, pochodzące z brzegu oczodołowego chrząstek, z fałdu przejściowego i z brzegu rogówki, gdyż tu mieliśmy zawsze zdwojenia spojówki. W okolicy brzegu chrząstki i fałdu przejściowego nabłonek był przeistoczony w wielowarstwowy płaski. Komórki warstwy głębokiéj kształt miały sześcienny. W ogóle wszystkie komórki były bardzo dobrze przechowane. Naczynia krwionośne, przeważnie drobne i włosowate, znajdowały się w wielkiéj obfitości. W niektórych małych tętnicach, przy zupełnie prawidłowym śródbłonku błona średnia była bardzo zgrubiałą, o 3—4 razy grubszą od prawidłowéj, o budowie współśrodkowéj, przyczem jądra bardzo były widoczne; dokoła otaczały te tętnice lśniące, jednolite jakby płaszczyki. Naczynia włosowate, grubsze tętnice i żyły były zupełnie prawidłowe. Całą istotę spojówki zajmował nadzwyczajny rozrost tkanki adenoidalnéj, którą przecinały w rozmaitych kierunkach dość cienkie zresztą pasemka włóknistéj tkanki łącznéj. Utwory, które jako ziarna sagowe wyglądały, tę samą miały budowę, tylko pętle siateczki adenoidalnéj o wiele były drobniejsze, pasemka zaś tkanki włóknistéj do istoty ziarn wcale nie wstępowały. Ku zewnątrz siatka łączyła się bezpośrednio z szerszemi znacznie pętlami siatki, która główną masę nowotworu stanowiła. W kierunku ku rąbkowi spojówki warstwa przybłonka stawała się grubszą, lecz komórki warstw jego ten sam miały kształt. Natomiast warstwa wybujałéj tkanki adenoidalnéj stawała się coraz cieńszą, naczyń włosowatych również mniéj znacznie było, przeciwnie dość grubą warstwę stanowiły drobne tętnice i żyły, z tych pierwsze tylko miały ściany zgrubiałe, mianowicie bardzo zgrubiałą błonę średnią, lecz płaszcze z istoty szklistéj dokoła naczyń bardzo rzadko napotykałem. Wszakże bardzo wybujała tkanka adenoidalna tu również stanowiła, nawet w samym fałdzie spojówki, który rogówkę przykrywał, główną część składową tkanki. Co się tyczy tkanki adenoidalnéj, ta wszędzie jednostajną miała budowę prócz miejsc, które jak ziarna sagowe wyglądały, a w obrębie których, jak już wyżéj powiedziałem, pętle nadzwyczaj były drobne. W wielu miejscach pod przybłonkiem, przeważnie na pewnéj odległości, która wynosiła mniéj więcéj 6—8 rzędów komórek, przegródki siateczki stawały się lśniącemi, grubszemi, wyglądały jakby spęczniałe; otrzymywaliśmy wizerunki najzupełniéj podobne do fig. 2, t. XI Dorpiusa, tylko komórek więcéj niż jedno jądro mających nigdy prawie nie napotykałem. Przegródki te od karminu zabarwiały się bardzo blado, często też posiadały jakby zęby lub wyrostki, które jakby wciskały się do pobliskich komórek. Podobne miejsca zwyrodniałe zajmowały zwykle przestrzeni nie więcéj nad 0·2—0·5 mm. kw. Prócz okolicy podprzybłonkowéj, znajdowałem je również w najgłębszych warstwach tkanki adenoidalnéj, lecz i tu były one rozrzucone pośród tkanki wcale nie zwyrodniałéj, przytykały zaś bezpośrednio do tkanki podspojówkowéj. Komórki w pętlach siateczki zawarte były zupełnie prawidłowe, drobnoziarnkowate, nigdy jednolite. Tkanka podspojówkowa pospolicie była prawidłową, w naczyniach zwłaszcza żadnych zgoła zmian nie dostrzegłem; natomiast również w postaci odosobnionych wysepek nieznacznych bardzo wymiarów, tkanka błony podspojówkowéj była zmienioną: włókna tkanki łącznéj były lśniące i o tyle spęczniałe, że na cięciach poprzecznych przypominały raczéj mięśnie poprzecznie prążkowane, na cięciach poprzecznych napotykałem zwykle poje-

dyncze tylko warstwy pęczków, przedzielone szeregami zabarwionych jąder, dokoła których znajdowała się zwykle nadto pewna ilość drobnoziarnkowatéj zarodzi, niekiedy jednak, zwłaszcza w wysepkach większych wymiarów widziałem grube warstwy takich włókien, pomiędzy zaś niemi, w miejscu komórek znajdowały się tylko szpary włosowate. Od rozczynu Lugola zwyrodniałe przegródki siateczki adenoidalnéj i pęczki tkanki łącznéj zabarwiały się jasno-żółto, dodanie zaś kwasu siarkowego barwy téj nie zmieniało, fijolet metylowy zabarwiał je tylko błękitno, eozyna zabarwiała bardzo wyraźnie, kwasy i alkalija wcale nie działały. Istoty więc skrobiowatéj części te wcale nie zawierały. Przytoczone zmiany przegródek siateczki i pęczków włókien tkanki łącznéj napotykałem w postaci odosobnionych wysepek, począwszy od miejsca przejścia spojówki chrząstki do fałdu przejściowego, na całéj przestrzeni spojówki fałdu i gałki do okolicy oddalonéj od rąbka spojówki o 2—3 mm., w tym ostatnim, jako też w fałdzie spojówkowym, który rogówkę przykrywał, zmian tych wcale już nie było, naczynia równie były w tym pasie prawidłowe. Całkowicie prawie wycięte mięsko łzowe i fałd półksiężycowy były bardzo zgrubiałe, nabłonek miały wszędzie płaski, wielowarstwowy. Główną masę ich stanowiła przeważnie wybujała tkanka adenoidalna. W warstwie podprzybłonkowéj znalazłem w kilku miejscach wysepki zwyrodniałe, które się od wyżéj opisanych niczem nie różniły, w warstwie zaś głębokiéj również wysepki lśniących i bardzo spęczniałych włókien tkanki łącznéj.

Tak więc w danym przypadku mieliśmy: bujanie tkanki adenoidalnéj, która następnie uległa w niektórych miejscach zwyrodnieniu szklistemu; zwyrodnieniu temu uległy również w niektórych miejscach pęczki włóknistéj tkanki łącznéj. Zmiany w naczyniach krwionośnych znacznie mniejsze były: grubsze tętnice, żyły i naczynia włosowate żadnym zmianom nie uległy; zmiany znajdowałem tylko w małych tętnicach, lecz i tu polegały one przeważnie li tylko na bardzo znacznem zgrubieniu błony średniéj, któréj jądra zresztą wyglądały zupełnie prawidłowo. Płaszcz z istoty jednolitéj dokoła tętnic znacznie rzadziéj napotykałem.

W każdym razie przeistoczeniu ulegała tylko istota międzykomórkowa, nigdy same komórki, gdyż te nigdy nie wyglądały jako jednolite masy, lecz zawsze posiadały bardzo wyraźne jądra i zaródź, ta zaś nigdy nie była jednolitą, lecz zawsze drobnoziarnkowatą. Komórek olbrzymich w przypadku tym nie było.

Sądzę, że słusznie przyznać w nim możemy okres początkowy zwyrodnienia szklistego.

P r z y p. 2-gi. Kawał wycięty miał 20 mm. długości, 5 mm. szerokości i tyleż grubości. Na cięciach miał kształt nieprawidłowego czworoboku, z którym za pomocą wązkiego mostka łączył się bardzo mały nieprawidłowy owal. Czworobok stanowił właściwy fałd przejściowy, owal, wyciętą część spojówki gałki. Wewnętrzną powierzchnię części wyciętéj pokrywał całkowity przybłonek, z 4—6 warstw złożony. Wszystkie komórki jego kształt miały płaski. Pod przybłonkiem znajdowała się tkanka adenoidalna, któréj warstwa była 8 razy grubszą od prawidłowéj. Daléj ku wewnątrz znajdowała się grubsza warstwa włóknistéj tkanki łącznéj, jeszcze głębiéj błona podspojówkowa, w postaci luźnéj tkanki łącznéj. W tkance podspojówkowéj znajdowały się przeważnie grubsze naczynia krwionośne, tętnice i żyły. Pierwsze były bardzo zgrubiałe, szczególniéj była zgrubiałą średnia warstwa mięśniowa, natomiast w żyłach zgrubiałą była przeważnie warstwa zewnętrzna. Daléj ku zewnątrz, w warstwach, które już właściwéj spojówce odpowiadały, mianowicie w warstwie włóknistéj tkanki łącznéj i w warstwie adenoidalnéj, znajdowały się już tylko drobniejsze gałęzie naczyniowe, które udawały się w kierunku pionowym względem powierzchni spojówki ku warstwie podprzybłonkowéj. Otóż w drobnych naczyniach zmiany były podwójne. Rzadziéj widziałem naczynia o wązkiem świetle a ścianie bardzo zgrubiałéj, która zawierała nader liczne jądra. Częściéj natomiast ściany drobnych naczyń, zwłaszcza włosowatych, otaczały pasemka, których grubość więcéj niż w dwójnasób znaczniejszą była od średnicy światła, były one zupełnie jednolite, silnie załamywały światło i szczególniéj lśniące. Często bardzo od naczyń tych widocznie brały początek gałęzie, w których jednakże światła wcale już nie było, lśniąca pochewka otaczała tylko dokoła cienkie pasemka pozostałe jako resztka poprzedniego światła; w pasemku tem jednakże widocznie odróżnić się dawały poprzednie jądra śródbłonka. W warstwie podprzybłonkowéj naczynia te same zachowywały cechy, wszakże mniéj więcéj o 1 mm. pod przybłonkiem, gdzie się już rozpoczynała siateczka włosowata podprzybłonkowa, zgrubiałość otaczających naczynia pasemek o wiele znaczniejszą była, nadto zgrubiałość miała to do siebie, że ulegały jéj niejednostajnie różne części obwodu naczynia. Często się też zdarzało, że gdy z obu stron pochewka naczyniowa lśniąca bardzo nieznaczną była, w niektórych miejscach posiadała natomiast jakby przydatki znacznych wymiarów, które przy badaniu powierzchownem, zwłaszcza przy słabem powiększeniu, jako osobne bryłki wyglądały. Zgrubiałości te w niektórych razach dochodziły prawie do saméj warstwy przybłonkowéj.

Co się tyczy zmian w istocie saméj tkanki spostrzeganych, w błonie podspojówkowéj niektóre pęczki włókien tkanki łącznéj były bardzo zgrubiałe, jakby spęczniałe, tak dalece, że na cięciach poprzecznych przypominały raczéj poprzecznie prążkowane mięśnie, lub też pośród prawidłowéj tkanki znajdowały się lśniące, jakby zupełnie odosobnione bryłki, do których obwodu często przytykały zupełnie dobrze przechowane dość spore jądra; wszakże badając liczne wyroby, łatwo przekonać się mogłem, że bryły owe stanowiły tylko ciąg dalszy pęczków tkanki łącznéj, które ulegały zwyrodnieniu nie na całéj przestrzeni, lecz w pewnych tylko miejscach, jakby przerwami, przekonać się o tem najłatwiéj było na podłużnych cięciach pęczków. Daléj ku powierzchni, w warstwie włóknistéj tkanki łącznéj, na cięciach poprzecznych, obok prawidłowych pęczków włókien tkanki łącznéj, które otaczały jądra licznych płaskich komórek, w wielu zaś miejscach znajdowały się prawidłowe lub otoczone lśniącemi płaszczykami naczynia, spostrzegałem jednocześnie pęczki znacznie grubsze, bardzo lśniące, bardzo drobno ziarnkowate; znajdowały się one przeważnie w pobliżu zwyrodniałych naczyń włosowatych. We właściwéj tkance adenoidalnéj, prócz bryłek w warstwie podprzybłonkowéj spostrzeganych, badanie zwykłych cięć nie zdradzało żadnych zmian. Natomiast na wypłukanych w wodzie wyrobach, prócz brył nieprawidłowego kształtu, które najzupełniéj odpowiadały częściom wyżéj opisanych zwyrodniałych ścian naczyń, otrzymywałem nadto cząstki siateczki adenoidalnéj, tem się wyróżniające, że przegródki ich znacznie były zgrubiałe, grubość ta mianowicie często przewyższała nawet średnicę przyległéj ko-

mórki limfoidalnéj, jednocześnie przegródki te cechował niezwykły połysk.

Tkanka usunięta za pomocą operacyi stanowiła wyłącznie prawie fałd przejściowy. Tylko na bardzo nieznacznéj przestrzeni znalazłem odosobnione zraziki gruczołów Krausego. Przybłonek ich był zupełnie prawidłowy, natomiast powłoka z tkanki łącznéj zraziki otaczająca była bardzo zgrubiałą, grubość ta stanowiła przeszło trzecią część wysokości czapkowatych komórek przybłonkowych gruczołów, co do własności zaś optycznych niczem się nie różniła od zwyrodniałych pęczków tkanki łącznéj, przegródek siateczki adenoidalnéj i otaczających naczynia płaszczyków. Co się tyczy komórek zarówno przybłonka, jako też tkanki adenoidalnéj, te zawsze były prawidłowe, zaródź nigdy nie pęczniała, nigdy nie stawała się jednolitą. Jeśli napotykałem zmiany w komórkach, były one najzupełniéj bierne, zanikowe, wskutek ciśnienia przez zwyrodniałe części tkanki wywieranego powstałe.

Opis powyższy dokonany został z wyrobów, zabarwionych podwójnie siniawcem i karminem, siniawcem i eozyną, i pikrokarminem. Otóż płaszczyki dokoła naczyń krwionośnych, otaczające zraziki gruczołów Krausego, tkanka łączna, zwyrodniałe pęczki włókien tkanki łącznéj i również zwyrodniałe przegródki siateczki adenoidalnéj, słowem wszystkie utwory, które silnie światło załamywały i szczególny miały połysk, od siniawca wcale się nie zabarwiały, od karminu bardzo słabo, od eozyny silnie, natomiast przy użyciu roztczynu Lugola wyroby całkowicie zabarwiały się żółto lub żółto brunatno, barwa ta zaś przy dodaniu kwasu siarkowego żadnym już zgoła zmianom nie ulegała; przy użyciu fijoletu metylowego wyrób cały zabarwiał się niebiesko. Wypada więc przyznać w danym przypadku zwyrodnienie bynajmniéj nie skrobiowate, lecz tylko szkliste.

Jak już wyżéj powiedziałem, nastąpiła w tym przypadku recydywa. Badanie powtórnie wyciętéj części wykazało: przybłonek, który fałd powstały pokrywał, składał się z 3—4 warstw komórek, głębokie komórki kształt miały sześcienny, powierzchowne płaski. Obok podstawy fałdu wstępowały doń grube naczynia o bardzo cienkich ścianach a szerokiem świetle, otoczone luźną tkanką łączną. Drobne gałęzie z tych naczyń powstałe udawały się w kierunku pionowym względem powierzchni fałdu ku warstwie podprzybłonkowéj, gdzie tworzyły gęstą siatkę włosowatą. Siatka ta była położoną pośród grubéj warstwy adenoidalnéj, o dość szerokich pętlach. Środkową część fałdu stanowiła włóknista tkanka łączna, pośród któréj jednak znajdowały się dość znaczne wysepki tkanki adenoidalnéj. W tkance łącznéj wcale nie znalazłem spęcznienia włókien, dokoła naczyń włosowatych brakowało płaszczyków, przegródki siateczki również zupełnie były prawidłowe. Nię potrzebowałbym chyba wspominać, że zarówno JH^2SO^4, jako też fijolet metylowy dały ujemne wyniki.

W recydywie zatem mieliśmy li tylko rozrost tkanki adenoidalnéj. W tkance téj nie znalazłem nawet początku jakiegokolwiekbądź zwyrodnienia. Zasługuje chyba na uwagę, że pośród pęczków tkanki łącznéj znalazłem w bardzo znacznéj ilości komórki, które od przyległych bardzo znacznie się różniły. Ciała ich były bardzo znacznych wymiarów, kształt miały rozmaity, od czworograunego do zupełnie okrągłego, niekiedy miały krótkie wytostki; wypełniały je całkowicie grube ziarnka, po za któremi często z trudnością tylko spostrzedz można było niewielkie zresztą jądra. Ziarnka składały się z istoty białkowéj, barwika ani też tłuszczu nigdy w nich nie znajdowałem. Od safraniny komórki zabarwiały się nadzwyczaj silnie i były krzycząco pąsowe, wtedy gdy w pobliżu znajdujące się komórki limfoidalne ledwo bladoróżową przybierały barwę. Oczywiście byłyto komórki, które Waldeyer pierwszy opisał (*Handb. d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* I, str. 235) w skórze powiek, w spojówce, zwłaszcza wśród pęczków gładkiego mięśnia powiek Müllera. Wypowiada on zdanie, że komórki te przeistaczać się mogą w komórki barwikowe. Otóż badając u płodu rozwój tęczówki, spostrzegłem, że komórki, które późniéj jako barwikowe występują, to mają do siebie, że jądra ich już bardzo wcześnie nader silnie zabarwiają się od siniawca. Zabarwienie takie występowało bardzo wyraźnie również w wyż opisanych komórkach, która to okoliczność zdaje się przemawiać na korzyść pokrewieństwa komórek Waldeyera z barwikowemi.

W jaki sposób powstaje rozrost tkanki adenoidalnéj? które pierwociny czynną rolę odgrywają? na te pytania nie zdołam odpowiedzieć, jakkolwiek badałem tkankę na wyrobach w płynie Flemminga ustalonych. Dokoła naczyń, drobnych zwłaszcza, widziałem nacieczenie przez komórki limfoidalne, co się zaś tyczy komórek śródbłonkowych, jako też komórek limfoidalnych, w tych zawsze znajdowałem li tylko zaródź spokojną, nigdy figur, które zdradzać mogły pośredni podział jąder, nadto komórki więcéj niż dwa jądra mające bardzo rzadko napotykałem. Komórek olbrzymich nie znalazłem wcale ani w początkowym nowotworze, ani w recydywie.

Przyp. 3-ci. Badanie wyciętego lewego górnego fałdu przejściowego wykazało: długość wynosi 31 mm., szerokość i grubość ku obu końcom nieznacznie się tylko zmniejszają. Przechowałem część wyciętą w płynie Müllera, następnie przeniosłem do wyskoku. Tkanka bynajmniéj nie była sprężystą, ani też kruchą. Na cięciach poprzecznych fałd wycięty przedstawiał się w kształcie dwóch nieprawidłowych owalów, które łączyły się ze sobą za pomocą bardzo wąskiego mostka. Z tych jeden, ten mianowicie, który stanowił część fałdu do powieki zbliżoną, znacznie był większy, niż owal części do spojówki gałki przyległéj. Powierzchnię wewnętrzną obu owali pokrywała przeszło 1 mm. gruba warstwa luźnéj tkanki łącznéj, która wypełniała również kąt przez oba owale wytworzony. Tkanka ta stanowiła warstwę podspojówkową, wspomniane zaś owale zgrubiałą bardzo warstwę właściwéj spojówki. Ku zewnątrz część wyciętą pokrywał przybłonek z 4—5 warstw komórek złożony. Warstwę wewnętrzną stanowiły komórki sześcienne, wszystkie zaś inne miały kształt płaski. W komórkach tych stanowczo żadnych zmian nie dostrzegłem, nie napotykałem również komórek kielichowych. Właściwa spojówka całkowicie była przeistoczoną w bardzo grubą warstwę przeważnie tkanki adenoidalnéj, z siateczką o drobnych pętlach. Zresztą w niczem się ona nie różniła od zwykłéj tkanki adenoidalnéj. Prawidłowych naczyń krwionośnych znalazłem w niéj bardzo nie wiele; były one cienkie, lecz względnie o bardzo grubych ścianach. Naczynia krwionośne w błonie podspojówkowéj przeważnie dość znaczną miały grubość, gałęzie zaś od nich ku spojówce zmierzające kierunek miały zwykle prostopadły względem powierzchni tejże, pod samym przybłonkiem tworzyły sieć włosowatą, któréj pętle kierunek miały przeważnie równo-

legły z powierzchnią. Otóż w istocie w niektórych miejscach spojówka składa się ze zwykłéj tkanki adenoidalnéj. Częściéj natomiast napotykamy w niéj bardzo znaczne zmiany. Na wyrobach zabarwionych podwójnie karminem i siniawcem kampeszowym, przy słabem powiększeniu (Htn. 4/3) spostrzegamy ku zewnątrz ciemną warstwę przybłonka, ku wewnątrz jasną warstwę luźnéj tkanki łącznéj, w środku grubą warstwę tkanki adenoidalnéj, wśród któréj w warstwie podprzybłonkowéj spostrzegamy zabarwione blado zielone bryłki nieprawidłowego kształtu, pod samym przybłonkiem miejsce tworzące prawie całkowitą w niewielu miejscach przerwaną warstwę, o 0·5 mm. grubości mającą; cokolwiek głębiéj — bryły o wiele większe miały wymiary, kształt zupełnie nieprawidłowy, jakby rozgałęzionych konarów, stanowiły również jakby warstwę, lecz ta bynajmniéj nie była całkowitą. Obie warstwy były bardziéj zbliżone ku powierzchni spojówki i zajmowały tylko zewnętrzną czwartą część grubości tejże. W pozostałéj części warstwy tkanki adenoidalnéj znalazłem blado-zielone pasemka, o brzegach nieprawidłowych, grubości kilku komórek limfoidnych, położone jedno od drugiego w odległości o kilka razy znaczniejszéj od grubości pasemek, a które przecinały warstwę tkanki w kierunku poprzecznym od podprzybłonkowych warstw bryłek do warstwy podspojówkowéj. Do ścian owych pasemek były przyczepione jakby krótkie gałęzie. Wspomniałem już, że naczyń prawidłowych w całéj warstwie tkanki adenoidalnéj było bardzo nie wiele, a i te miały ciasne światło i względnie bardzo grube ściany, zwłaszcza zgrubiałą była błona średnia tętnic. Już samo położenie w tkance wspomnianych blado-zielonych brył i pasemek odpowiadało najzupełniéj naczyniom krwionośnym. Przy większych powiększeniach łatwo było w istocie przekonać się, że warstwy brył najzupełniéj odpowiadały: powierzchowna, pod samym przybłonkiem położona, siateczce cienkich naczyń włosowatych; głębiéj położona, z większych brył złożona, miejscu, gdzie drobne naczynia zaczynają się dzielić dwu i wielokrotnie, przechodząc w naczynia podwłosowate, ku powierzchownéj siateczce zdążające; w końcu pasemka poprzeczne, cienkim gałęziom, które dają im początek. Nadto w bryłach wyraźne były jakby jameczki (*vacuolae*), w których wszakże nie trudno było dowieść resztek świateł naczyń, niekiedy nawet względnie bardzo szerokich, a w których prócz śródbłonka przechowane były również wybornie kulki krwiste. W warstwie większych bryłek łatwo też spostrzedz było, że od istoty ich początek brały dość cienkie, lecz niekiedy bardzo nawet długie wyrostki, które następnie łączyły się z wyrostkami brył sąsiednich. W głębszych warstwach tkanki adenoidalnéj często zdarzało się widzieć, że pasemka poprzeczne bezpośrednio się łączyły z grubszemi a zupełnie prawidłowemi naczyniami. W warstwach podprzybłonkowych takiego bezpośredniego połączenia nie udało mi się spostrzedz. Warstwa podprzybłonkowa, jak powiedziałem już, składała się z bryłek znacznie mniejszych. Cięcia w kierunku równoległym z powierzchnią wykonane, wykazały budowę siatki przeważnie z walcowatych blado-zielonych utworów ułożonéj, w których dość często napotykałem wyraźne światła, niekiedy dość szerokie, a w nich resztki śródbłonka i kulki krwiste. Tu spostrzegałem również bardzo wybitne zmiany w saméj siatce adenoidalnéj, mianowicie przegródki siatki, zwykle prawie niewidoczne na wyrobach nie wymytych lub nie wyczyszczonych pędzelkiem, stawały się na znacznéj przestrzeni bardzo widocznemi, jednocześnie o wiele grubszemi, tak dalece, że grubość ta nawet poza obrębem węzłów siatki przewyższała wymiary komórek limfoidnych; inaczéj, siateczka przeistaczała się w układ jakby z drobnych bryłek złożony. Wysepki tkanki o podobnéj budowie znajdowały się, co prawda, niekiedy również w głębi warstwy adenoidalnéj, lecz w warstwie podprzybłonkowéj były one o wiele liczniejsze, nadto bardzo znaczne miały wymiary.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawozdanie z czynności lekarskich w szpitalu powszechnym imienia Gizeli w Sokalu za lata 1888 1889 i 1890.

Napisał

Dr. Józef Łuszczkiewicz,

sekundaryjusz tego szpitala.

(Dok. Patrz Nr. 30.)

Wiewiór według statystyki szpitalnéj z małem tylko nasileniem szerzy się wśród ludu; główny zastęp dotkniętych nim stanowi inteligencyja, wyższa służba, straż skarbowa itd. Przypadki śród ludu są rzadkie i pochodzą zazwyczaj z miejscowości posiadającej urzędy, koszary, posterunki, gorzelnie większe oraz z samego miasta. Jestto wynikiem źle a raczéj wcale nie uregulowanéj prostytucyi. O leczeniu kiły i rzeżączki nie wspominam, bo nie przedstawia ono odmiany od postępowania powszechnie w szpitalach przyjętego.

Z pasorzytów pierwsze miejsce zajmuje świerzb. Choroba ta szerzy się w powiecie w sposób nagminny. Długi czas dawał szpital przytułek tylko dobrowolnie zgłaszającym się lub odkrytym podczas poboru wojskowego. Od dwóch lat prowadzi lekarz powiatowy energiczną kampanię przeciw świerzbowi i w miarę wolnych miejsc dostawia nieraz pod eskortą partyje świérzbowatych, oczyszczając po kolei wsie chorobą nawiedzone. W r. 1888 miał szpital 55 chorych na świerzb, od r. 1889 cyfra roczna doszła 150 i obecnie wzrasta. Leczenie polega na stosowaniu *Solutio Vlemmingx*: środek ten działa pewniéj, niż stosowane poprzednio w szpitalu przetwory dziegciu. A niezdołały go też wyprzeć polecane późniéj maście naftalinowa i kreolinowa. Styraks i balsam peruwiański jedynie u dzieci się stosuje. Do choroby głównej przyczepiają się liczne następstwa świerzbu w postaci wyprysków, zdrapań, ran i owrzodzeń a usuwa się je nieraz dopiero po kilku tygodniach usiłowań. Obok chorób wenerycznych i świerzbu ważne miejsce zajmuje jaglica. Szpital dostaje przypadki dość daleko posunięte, jedynie przymusem władzy przypędzone, to też po kilku miesiącach pobytu chory opuszcza zakład pozornie tylko wyleczony i szerzy dalej chorobę. Już długość leczenia nie pozwala wszystkich znanych chorych odsyłać do szpitala, ambulatoryjne zaś leczenie urywa się zazwyczaj prędko. Stosowano rozmaite nowości terapeutyczne przeciw jaglicy, ale żaden z nowych środków pojawiających się jak grzyby po deszczu nie dorównał sinemu kamieniowi. Sprawa leczenia jaglicy śród ludu jest zadaniem arcytrudnem. Dla organizacyi lekarzy gminnych otwiera się tu pole wdzięcznéj pracy.

Nie zapuszczając się w dział chorób ocznych i pomijając choroby skórne, przystępuję do krótkiego sprawozdania z leczenia chorób wewnętrznych. Z chorób gorączkowych nagminnych pierwsze miejsce zajmuje dur brzuszny (duru osutkowego nie widziałem w szpitalu ani razu). Rocznie leczono w przecięciu 80 przypadków, śmiertelność wynosiła 5·5%. Przyczyną śmierci było najczęściéj powikłanie z zapaleniem płuc. Leczenie typowych przypadków bardzo jest proste: chory dostaje 1 do 2 łyżek oleju rycynowego, co jest konieczne w obec tego, że włościanie w początkach duru pracują i jedzą na równi ze zdrowymi; w miarę podwyższania się ciepłoty zawija się chorego w mokre

prześcieradła tak, że przy 40° C. wyżej zawija się go co 4 godziny; wewnętrznie dostaje kwaśne mleko, rosół, kwasek a wieczorem grog. W razie majaczeń worek z lodem na głowę, przy bardzo brzydkich wypróżnieniach *magnesium salicylicum* 4·00 na 200·00 co dwie godziny łyżkę a przy nader wysokiej gorączce lewatywę z 3 do 4 gramów antypiryny. Leczenie to w przeważnéj liczbie przypadków wystarcza i wyniki są dobre, jak o tem świadczy wykaz procentowy. Dur należy do chorób zakorzenionych w powiecie. W dawniejszych czasach silne czynił spustoszenia, szczególnie w pewnych gminach trzymał się uporczywie. Jest jednak zasługą Dra Broniowskiego, że przy użyciu energicznych środków sanitarno-policyjnych nasilenie choroby wybitnie przycichło. Z innych chorób zakaźnych gorączkowych żadna liczebnie nie dorównała durowi. Szkarlatyna, dławiec, odra, czerwonka sporadycznie tylko pojawiają się w szpitalu, influenza w ciągu epidemii dostarczyła czterech przypadków, choć prawdopodobnie wiele zapaleń płuc wlokących się długo i wyczerpujących chorego jej także swe pochodzenie zawdzięczało. Z a p a l e ń p ł u c włóknikowych leczono w trzech latach 198, śmiertelność 8·6%, leczenie ograniczano do podniecania siły serca winem i miksturą Stokesa a po przesileniu do podawania leków wykrztuśnych.

Najsmutniejszą kartę zajmuje g r u ż l i c a p ł u c. W ciągu trzech lat leczono z górą 100 osób w warunkach bardzo niepomyślnych, we wspólnych z innymi chorymi salach. Zważywszy, że byli to prawie bez wyjątku ludzie z najbiedniejszéj klasy, przyznać trzeba, że szpital mimo swych braków, dawał im przecież świetne warunki hygieniczne i dyetetyczne, w porównaniu, do chłodu i głodu cierpianego na wolności. Nieszczęśliwi ci ludzie przechodzili wszystkie złudzenia terapeutyczne, wstrzykiwania kreozotu do miąższu płuc, *tinct. eucalypti, creosot, guajacol*, wdychiwanie karbolu, a obecnie zastrzykiwanie kantarydyny, bez widocznego wpływu na stan choroby. — Środka Kocha nie stosowano, ponieważ trudności nabycia nie pozwoliły na to w początkach, a ogólne ostudzenie zapału nie zachęcało do prób w późniejszych czasach, kiedy drogi do osiągnięcia specyfiku szerzéj się otwarły. Brak mi wszelkich dat oznaczających stan powiatu pod względem gruźlicy płuc, sądzę jednak, iż jest ona wśród włościan dość częstą. Brak lasów, częste i silne wiatry gwałtowne zmiany ciepłoty, zarówno dziennéj jak i rocznéj: oto czynniki ułatwiające jej rozszerzanie się. Lud żywi się źle, w dodatku zaś nadmierne posty, bardzo ściśle przez ludność gr. kat. przestrzegane, (bo np. przez cały post czterdziestodniowy nie używają mięsa, ani nabiału, a jako jedynéj okrasy oleju roślinnego) muszą współdziałać ze złemi wpływami meteorycznemi. Chorzy, którzy w szpitalu we wczesnych okresach zmian płucnych zyskiwali na wadze i ze znacznem polepszeniem odjeżdżali do domu, po kilku tygodniach lub miesiącach powracali w stanie rozpaczliwym. Na tych przykładach przekonać się można, że jedyną zdrową podstawą leczenia gruźlicy jest wczesne jej rozpoznanie i zapewnie choremu o ile możności wzorowych warunków higienicznego życia, ideał nie dla każdego zasobnego człowieka, nie dopieroż dla szpitala dostępny. Szczęśliwe społeczeństwa, które mają dość siły ekonomicznéj, aby tworzyć przytułki wyłącznie dla dotkniętych gruźlicą urządzone, — u nas przepisy nawet do szpitali bronią im wstępu.

Niepodobna przechodzić wszystkich chorób wewnętrznych, jakie przesunęły się przez szpital. Ogółem licząc rozmaitość postaci chorobowych nie wielka. Rozliczne formy nieżytu oskrzelowego, który u starych osób łączy się z rozedmą płuc, z rozstrzenią oskrzeli i z osłabieniem mięśnia sercowego, a w końcu wśród obrzęków i przedwczesnego wyczerpania sił kończy się śmiercią, cały szereg cierpień gośćcowéj przyrody, począwszy od suchych bólów stawowych, a skończywszy na sztywności i zniekształtnieniach, daléj choroby nerek, w postaci *nephritis interstitialis*, w końcu przewlekłe nieżyty żołądka i kiszek, oto są nasze najczętsze typy kliniczne. Co dziwne, że pomimo rozpowszechnionego nadużycia wyskoku do rzadkości należą przypadki marskości wątroby. Jeden dowód więcéj na korzyść spostrzeżenia, iż nie wyskok sam, lecz eteryczne przymieszki likierów i destylatów działają etyjologicznie, bo lud tutejszy pije prostą okowitę. Nie napotyka się też często tak pospolitych w innych stronach chronicznych obrzęków śledziony. Zimnica należy do bardzo rzadkich chorób w sokalskim powiecie; w szpitalu leczono tylko przejezdnych lub przesiedlonych chorych, zaś chera zimnicza nie miała w szpitalu przedstawiciela. Z ciekawszych chorób zasługuje na uwagę przypadek t ę ż c a u chłopaka 20-letniego. Przyczyna choroby ciemna. Kolosalne napięcie wszystkich mięśni utrzymywało się przez kilkanaście dni; chory stanowił istny kloc jednolity i z największą trudnością oddychał, a żywienie było połączone z prawdziwą męką. Wszelkie leki kojące, rozpylanie eteru na kręgosłup itd. były bez skutku, często trzeba było uciekać się do chloroformu, chcąc utrzymać czystość około chorego. Dopiero duże dawki kwasu salicylowego z równą ilością bromku sodu zdołały zwolnić skurcz mięśniowy. Leczenie rozległych odleżyn i poprawienie odżywienia trwało kilka miesięcy, a chory po dwóch latach jeszcze przedstawia opłakany widok nadmiernéj drażliwości i wychudnienia. Również nie codzienny był obraz z ł o ś l i w é j n i e d o k r e w n o ś c i u 16-letniego wyrostka. Nadzwyczajna bladość błon śluzowych i blizn na skórze pozbawionych barwika występowała jaskrawo wobec ciemnéj cery chorego. We krwi znaleziono wszystkie cechujące zmiany czerwonych ciałek i ubóstwo białych. Bezwzględny spokój, dobre odżywienie i przetwory żelaza wraz z gorzkiemi środkami zastosowano z powolnym, lecz pomyślnym skutkiem. Tu należy także *morbus maculosus Werlhofii* u 30 letniego mężczyzny z Waręża. Przybył z osłabieniem, brakiem apetytu i częstemi i krwotokami z nosa. Po pewnym czasie dopiero odkryto wybroczyny podskórne na dolnych kończynach, a w ciągu dalszych dwu tygodni chory przebył dwa gwałtowne krwotoki żołądkowe i dostał cechujących plam wielkości soczewicy na całem ciele. Plamy dawniejsze w miarę przeobrażania się barwika wynaczynionéj krwi, zmieniały barwę, przez co chory przedstawiał równocześnie rozmaite odcienia. Zwiększenia liczby białych ciałek nie można było sprawdzić. Pomimo różnych prób chory niewyleczony opuścił szpital i nie znam dalszych jego losów.

W c h o r o b y k o b i e c e i p o ł o ż n i c t w o nie był szpital bogaty. Główna czynność streszczała się w udzielaniu opieki i pomocy ciężarnym, rodzącym i położnicom. Raz odprowadzano macicę w czwartym miesiącu uwięzgniętą w małéj miednicy, 7 razy wypróżniano macicę z treści podczas poronień przebiegających z krwotokami, 15 rodzącym udzielono przytułku, przyczem raz wykonano obrót a pięć razy usuwano sztucznie zatrzymane łożysko. W jednym przypadku rozpoznano *lithopaedion* po dawno przebytéj ciąży zamacicznéj; chora umarła na zapalenie otrzewnéj, przy sekcyi stwierdzono rozpoznanie, znajdując wśród zawiłych zrostów otrzewnéj z trzewami jamy brzusznéj i miednicy małéj worek przedziurawiony, wypełniony częściami płodu, nagromadzonemi bezładnie. Zapalenie połogowe okołomaciczne leczono raz ze skutkiem pomyślnym; ropa wydobyła się na zewnątrz przez powłoki brzuszne. Z chorób ginekologicznych najczęstszy materyjał stanowiły następujące: *metritis chronica, endometricis cervic.*, *prolapsus uteri vag.* itp. Obok zwykłego leczenia miejscowego i kąpieli próbowano kilkakrotnie zabiegów Thure Brandta, jednak brak wprawy nie dozwolił doczekać się pomyślnych wyników i zawsze kończyło się na próbach. Chorych z r a k a m i m a c i c y było sześć. Z tych dwie nadające się do operacyi pouczono i wysłano do Lwowa, cztery zaś znalazły w szpitalu pociechę i ulgę we wstrzykiwaniach rozczynów *kalii hypermanganici* i w tamponach jodoformowych. Przypadki ginekologiczne, wyjąwszy raka, odnosiły się głównie do żydówek i niewłościanek. Wieśniaczki tych stron mało podlegają chorobom kobiecym, co tem dziwniejsze, że brak im umiejętnéj pomocy przy porodach. Zdumiewająca jest ich odporność na wszelkie szkodliwości, na jakie naraża je ciemnota i zabobon babek spełniających po wsiach

służbę położnych. Zapominać jednak nie trzeba, że wiele tajemnic partactwa idzie do grobu wraz z ofiarą, że więc brak jaskrawych przypadków z tego zakresu w statystyce szpitalnej nie stanowi wcale uspakajającego dowodu. Zaprowadzenie akuszerek gminnych załatwiłoby odrazu sprawę, ale jestto zadanie bardzo trudne, które o tysiączne rozbija się przeszkody. To zaś naturalnie daje babkom względną bezkarność, bo dziś są one prawdziwem *malum necessarium*. W ten sposób tworzy się błędne koło a w środku tego koła jęczą położnice i giną płody.

Na tem kończę przegląd ważniejszych czynności szpitala i uwag nad temi czynnościami. Jakkolwiek jestto zakład pod wielu względami niedoskonały, stara się przecież, ile sił mu starczy, umniejszać złe, jakie pod względem zdrowotnym cierpi ludność tego zakątka kraju, położonego na kresach Galicyi. Jeżeli szpital w swoim zakresie pełni służbę pożytecznie, niech to będzie najlepszem uznaniem dla szlachetnego założyciela i tych wszystkich, którzy zakład powołany przez niego do życia, dalszą otoczyli opieką.

Wreszcie składam podziękowanie WPanu Dr. G. Wyspiańskiemu prymaryjuszowi szpitala za łaskawą pomoc i rady, jakiemi mię darzył, przy pisaniu tego sprawozdania.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Wystawa narzędzi, przyrządów lekarskich i przyrodniczych pięknie świadczy o wyrobach tego działu przemysłu naszego. Przyrządy precyzyjne, bardzo ładnie i dokładnie wykończone wystawił mechanik Uniwersytetu Jagiellońskiego p. St. Freund: Opornicę skombinowaną w ten sposób, że opór w ohmach i dziesiętnych odczytuje się wprost bez obliczania (własnego pomysłu), chronograf, perymetr dokładny z przyrządem oznaczającym odrazu wielkość i postać pola widzenia, bateryję galwano-kaustyczną itd. Oprócz firm znanych, które wystawiły rozmaitego rodzaju narzędzia chirurgiczne, przyrządy ortopedyczne i t. p., spotykamy się tu z firmą Kasprowicza z Poznania, którego narzędzia odznaczają się starannością w wykończeniu i taniością, jakoteż z nową firmą krakowską p. Knapińskiego, którego rączki aluminiowe, przy narzędziach chirurgicznych i położniczych są polecenia godne jako nadzwyczaj lekkie i łatwo oczyścić się dające.

Na wzmiankę zasługuje także stół operacyjny żelazny składany p. Staszczyka, jakoteż nowej konstrukcyi łóżko żelazne. Dr. Sochacki przedmiotami przez siebie wystawionemi przedstawił, w jaki sposób można sobie zapomocą rurki kauczukowej i pióra gęsiego w praktyce prowincyjonalnéj skonstruować niezbędne przyrządy. I tak imadła dla środków przyżegających, jak lapisu, kamienia sinego, irygatory, które przez wywiercenie otworu w pierwszym lepszym garnku i wstawienie weń rurki kauczukowej zakończonej kanką z pióra gęsiego, pompa żołądkowa, aparat oziębiający, nawet i inhalator, wszystko to może rzeczywiście nieraz lekarzowi na prowincyi znakomite oddać usługi.

Osobny dział wystawy tworzą wynalazki poczynione przez polaków, dział, który według uchwały zapadłej na II posiedzeniu ogólnem Zjazdu stanowi początek utworzyć się mającego „muzeum wynalazków polskich“. Prócz przyrządów z dziedziny fizyki, geometryi spotykamy tu fotohemotachometr, przyrząd służący do oznaczania i fotografowania szybkości krwi prof. Cybulskiego, jakoteż jego przyrząd do określania parcia krwi w żyłach, cały aparat urządzony do drażnienia nerwów i mięśni zapomocą kondensatorów przez prof. Cybulskiego i p. Zanietowskiego, który interesującym się tą kwestyją demonstrował na żabach całe postępowanie. Nadto znachodzimy tu hodowle wzorowo piękne Dra Kowalskiego z Wiednia, które powszechną na siebie zwracały uwagę i zyskały najpochlebniejsze uznanie zwiedzających wystawę znawców. Pożywka z hodowlami znajduje się na dnie naczynia szklanego mającego kształt lejka, którego podstawa tworzy właśnie dno a którego otwór górny jest zatopiony.

Dr. Bujwid z Warszawy przedstawił również hodowle, fotogramy preparatów mikroskopowych i własnego wyrobu tuberkulinę.

Przyrząd do wyjaławiania mleka Dra Nenckiego i Zawadzkiego niezupełnie, mojem zdaniem, odpowiadać może celowi, gdyż wskutek wielkiéj powierzchni metalowéj i połączonego z tem znacznego promieniowania ciepłota w sterylizatorze prawdopodobnie nie dochodzi do pożądanej wysokości.

Ostatnią salę zajmują pokarmy, napoje i pożywki. Na wzmiankę pochlebną zasługuje w tej grupie mleko sterylizowane przechowane w szczelnie zamkniętych flaszkach z mleczarni p. Dobrzyńskiej z Krakowa, bulion i ekstrakt mięsny p. Małczyńskiej z Łapczyna, bulion i konserwy p. Baczyńskiego ze Lwowa i w. i.

Podworzec gmachu wystawy zajmują przybory służące do urządzenia kanałów, klozetów i do dezynfekcyi dokładnie wykonane przez znaną fabrykę Zieleniewskiego w Krakowie oraz przyrządy gimnastyczne. Całość wystawy robi bardzo dobre wrażenie a nie mało do tego przyczyniło się hojne udekorowanie jej pięknemi roślinami przez zakłady ogrodnicze krakowskie, które także wystawiły rośliny lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzeń sekcyjnych.

Sekcyja medycyny wewnętrznéj.

Posiedzenie I. dnia 17 go lipca po południu.

Przewodniczącymi na I posiedzenie wybrano Drów Baranowskiego i Chodunskyego.

Pierwsze miejsce porządku dziennego zajął referat Dra Pruszyńskiego z Warszawy: O ile postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na ich leczenie.

Przedstawiwszy zdobycze najnowsze w sposobach badania czynności fizyjologicznéj i patologicznéj żołądka, podnosi prelegent, że tylko tym nowszym sposobom badania zawdzięczamy, iż jesteśmy w stanie odróżnić choroby żołądka polegające na zmianach anatomicznych od cierpień czysto nerwowych, i od cierpień pochodzących od zmian wydzielniczych, dla których zboczeń anatomicznych nie wykazano.

Postępowanie lecznicze wobec chorób żołądka musiało się również zmienić od czasu, gdy lekarz jest w możności bliżej oznaczyć charakter i rodzaj choroby. Głównem zadaniem leczenia jest przystosowanie dyjety do zboczeń, a więc uwalnianie żołądka chorego od czynności przez podawanie odżywczych lewatyw, wybieranie odpowiednich, łatwiéj strawnych pokarmów w lżejszych chorobach. Inne musi być postępowanie lecznicze wobec zwiększenia wydzieliny kwasu solnego, gdzie wskazane jest podawanie znacznéj ilości białka i łatwo wessalnych węglowodanów a inne w chorobach połączonych z niedomogą wydzielniczą. Wobec nagromadzenia się wielkich ilości produktów rozkładowych lub śluzu, najlepsze usługi może oddać jedynie tylko mechaniczne wydalenie tychże zapomocą pompy żołądkowej. Znaczenie elektroterapii w chorobach żołądkowych jest mniejsze niż masienia, które dobre oddaje usługi wobec osłabienia mięśni żołądka i połączonych z niem zmian w czynności wydzielniczéj. Skuteczność zabiegów leczniczych jednakże nie zawsze odpowiada teoryi wysnutéj z badań klinicznych; i tak np. wody alkaliczne działają równie dobrze w cierpieniach połączonych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, jak (w małych dawkach) wobec niedomogi wydzielniczej.

Dyskusyję nad referatem Dra Pruszyńskiego odłożono do jednego z następnych posiedzeń. *Dr. A. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Korespondencyja z Dukli.

Kiedyż o kiedy doczekamy się nareszcie téj nowéj taksy za czynności sądowo-lekarskie? Obiecano nam jéj już od kilku lat w Radzie państwa, jednak niestety, jak to zwykle u nas bywa, „obiecanka cacanką...“ Nie wiem w saméj

rzeczy, dlaczego Rząd tak po macoszemu z nami postępuje? Cóżeśmy zawinili? Czy nie pracujemy w ciężkim zawodzie naszym dla dobra społeczeństwa? Od dawna już ustanowił Rząd Izby adwokackie, notaryjalne i handlowe. Izb lekarskich niema i niema. Od nas wymaga się płacenia podatków, ale zkąd wziąść na nie, o to się nikt nie pyta. Wymaga się, aby lekarz na każde wezwanie sądu jeździł na komisyje sądowe i to na wspólnym jechać musimy wozie tak jak żydzi na jarmark, lub rekruci do poboru wojskowego. Nie jest że to uwłaczającem godności Dra medycyny? A jeżeli lekarz wzbrania się jechać na komisyję sądową, karać go grzywną do 50 złr. Rozporządzeniem wspólnego ministerstwa z dnia 18 czerwca 1873 podwyższono dyjety wszystkim urzędnikom państwowym. Drowi medycyny należą się dyjety 8-éj klasy, przeto 5 złr., a pobieramy tylko 3 złr. 50 ct. Rozporządzenie to sankcyjonowanem zostało przez Najjaśniejszego Pana. Zapyta mnie niejeden z kolegów, dlaczego ani urzędnikom ani nam przynależnych dyjet nie wypłacają? Otóż ówczesny pan Minister skarbu oświadczył krótko i węzłowato, że niema na to pieniędzy. Mieszkam tylko dwie mile od granicy węgierskiéj, jeżdżę często do tamtejszych chorych i zapoznałem się z kolegami z Węgier. Tam inaczéj obchodzi się Rząd z lekarzami sądowymi. Oni liczą milowe i to znacznie wyższe niż u nas i mają 7 złr. dyjet, a więc dwa razy tyle co my. Tam rząd ma pieniądze dla lekarzy sądowych, tylko u nas brak monety. Niech szanowni koledzy mi wybaczą, że ich trudzę moją jeremijadą, ale porównanie stosunków lekarskich naszych z węgierskiemi wykazuje całą niedolę naszą. *Dr. Karol Reiss.*

VIII. Wiadomości bieżące.

***Kraków**, dnia 29 lipca 1891, *Wiener Zeitung* ogłasza, że Jego Ces. Mość odznaczył prof. Dra Henryka Jordana orderem żelaznej korony III-ciéj klasy. Wiadomością niniejszą tem miléj nam podzielić się z czytelnikami o ile widocznem jest, że filantropijne zabiegi naszego kolegi zyskały uznanie nietylko wśród obywatelstwa miejscowego, nietylko wśród kolegów zawodowych, czego najwybitniejszym dowodem wspaniała owacyja w czasie ostatniego Zjazdu, lecz że i do stóp Tronu dotarła wiadomość o niezmordowanéj pracy kol. Jordana, mającéj na celu podniesienie zdrowia publicznego. Do licznych życzeń, które z tego powodu spotykają chlubnie odznaczonego, dołączamy i z naszéj strony życzenia aby mógł Sam a z Nim miasto i kraj cały odczuć jaknajprędzéj błogie następstwa zacnego obywatelskiego poświęcenia!

* Redaktor główny wyjechał na wakacyje; pod nieobecność jego zastępować go będzie w redakcyi lekarz miejski Dr. I. Schaitter.

* Zakopane d. 27 lipca.

Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich zakończył się w sposób bardzo przyjemny dla tych członków, którzy wytrwali do końca; to jest dla tych członków, którzy po zamknięciu posiedzeń w Krakowie pod kierunkiem Dra Surzyckiego puścili się w drogę, celem zwiedzenia zdrojowisk naszych. Wyjechawszy z Krakowa we Wtorek d. 21 lipca zwiedzili oni Rabkę, Krynicę, Żegiestów, Lubowlę, Szczawnicę i w niedzielę wieczór przybyli do Zakopanego, zkąd po kilkodniowym wypoczynku rozjadą się, unosząc nader miłe wrażenia z wycieczki téj, wprawdzie męczącéj, ale i bardzo ciekawéj, wśród któréj wszędzie doznawali prawdziwie polskiéj gościnności. Jako wzór serdeczności koledzy tu przybyli przytaczali przyjęcie, którego doznali u właścicieli Lubowli hr. Zamojskich, pomimo że przybyli po północy; niemniéj serdecznem było przyjęcie w Zakopanem ze strony właściciela zakładu leczniczego Dra Chramca, który pomimo, że zakład jego jest przepełniony, postarał się o wygodne pomieszczenie 40 przeszło gości, przybyłych o godzinie 10-téj w nocy, — a pomiędzy nimi było kilka pań. — Kto wie, jak cenną jest rzeczą, jeżeli po dłuższéj jeździe, zmęczeniu i przeziębnięciu, natychmiast znajduje się pokój wygodny i ciepły, posiłek i spokój, — pojmie wdzięczność, jaką goście przejęci byli dla gospodarstwa, które nieznużone a zawsze serdeczne, starało się uprzyjemnić gościom krótki pobyt w Zakopanem.

Przyjazd członków Zjazdu zbiegł się z uroczystością poświęcenia przebudowanego i znacznie powiększonego zakładu leczniczego Dra Chramca, które się odbyło w poniedziałek d. 27 lipca, a na którą to uroczystość właściciel zaprosił był już poprzednio reprezentantów prasy galicyjskiéj, a następnie wszystkich lekarzy tu obecnych. Po poświęceniu Zakładu przez miejscowego X. proboszcza, goście w liczbie stu kilkudziesięciu zasiedli do stołu, a wśród obiadu, który przy bardzo miléj gawędzie przeciągnął się przez kilka godzin, wzniesiono liczne toasty. Szereg ich rozpoczął gospodarz, po nim mówili hr. Koziebrodzki, Dr. Ponikło, poseł Dr. Sokołowski, hr. Zamojski, właściciel Zakopanego i wielu innych. Po obiedzie członkowie Zjazdu wyjechali do Jaszczurówki, gdzie przez właściciela p. Uznańskiego serdecznie podjęci, oglądali pod jego przewodnictwem kąpiele miejscowe. W ogóle pobyt w Zakopanem jest uwieńczeniem godnem Zjazdu VI.

Wypada mi przy téj sposobności podać wiadomość o zakładzie Dra Chramca, który doznaje słusznego a rzadkiego w naszych stosunkach powodzenia. — Otwarty w r. 1887 powstał z małych początków i w krótkim czasie rozwinął się świetnie. Składał się pierwotnie z 17 pokoi a podczas pierwszego sezonu gościł osób 46. W roku następnym już miał pokoi 50 i osób 114, w r. 1889 pokoi 64 a gości 195, w r. 1890 pokoi 78 a gości 306, a po raz pierwszy w tym roku był otwarty i przez zimę, wreszcie w r. bieżącym do 27 b. m. było już osób 180, pokoi zaś jest obecnie w zakładzie głównym 96, a w oddzielnym domu łaziennym pokoi 21, czyli razem pokoi 117, z których 28 jest urządzonych i na zimę. Tak więc z każdym rokiem powiększa się liczba gości szukających tu leczenia a równocześnie zwiększa się zakład tak, że ci, co leczyli się w nim po upływie roku przybywając znów do Zakopanego, już w zakładzie oryjentować się nie mogą; tak od lata przeszłego oprócz pokoi przebudowaną została sala dla zabaw, sala jadalna, przybył osobny pokój bilardowy, powstały osobne łazienki i tusze dla pań a osobne dla mężczyzn itd. W roku przyszłym przybędzie znów osobna sala dla ćwiczeń gimnastycznych, obok innych ulepszeń. Odpowiednio do tego rozkwitu zwiększa się także liczba służby, nad którą czuwa kierownik zakładu, dwóch asystentów lekarskich i administrator. To też pomimo ciągłego napływu gości w zakładzie panuje pod każdym względem porządek wzorowy, a zdarzającym się małym usterkom, nieodłącznym od administracyi tak wielkim zakładem, starają się zapobiedz na przyszłość tak lekarze, jak administrator. W ogóle zakład Dra Chramca robi bardzo dobre wrażenie i śmiało może iść w zawody z zakładami zakrajowemi, a wiele z nich przewyższa pod względem serdeczności w postępowaniu i staranności dla leczących się. Można więc powiedzieć z wielkim poetą niemieckim, że „dzieło mistrza chwali a błogosławieństwo od Boga pochodzi“, a błogosławieństwo w tym przypadku jest dobrze zasłużone. *Dr. B.*

* Asystent przy katedrze medycyny sądowéj Dr. Wachholz mianowany został lekarzem sądowym w Krakowie.

* W Szczawnicy do d. 21 lipca było gości 1772; w Krynicy do d. 20 lipca 2461 osób; w Iwoniczu do 24 lipca 1372 osób; w Cieplicach czeskich do 25 lipca osób 3904.

* W tygodniu 28-ym (od 11—18 lipca) było w Krakowie małżeństw 14, urodzin 44, skonów 45; z tych z gruźlicy 11, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 5, z odry 2, z płonicy 3, krztuśća 1, z duru brzusznego 1.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 8 Sierpnia 1891. Nr. 32.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam. 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do prawa peryjodyczności w przyrodzie i życiu.

Podał
Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

Jest rzeczą ogólnie wiadomą, że niektóre objawy w przyrodzie okazują w swym przebiegu pewną peryjodyczność. Adsersen[1]) robił w roku zeszłym ciekawe porównawcze badania nad peryjodycznością niektórych zjawisk w przyrodzie i życiu. Użył on do badań swoich tablic Vietha z Anglii, który wykazał, że składniki suche w mleku krowiem znaczną okazują zwyżkę zawsze od sierpnia do listopada, poczem zwyżka zmniejsza się początkowo prędzéj, następnie powolniéj, aby od kwietnia do czerwca na równéj utrzymać się wysokości. Zwiększona ilość suchych składników w mleku zależną była prawie jedynie od zwiększonéj w tym czasie zawartości tłuszczu. Adsersen porównywał linije krzywe w tablicach Vietha z krzywemi Malling-Hansena, który graficznie przedstawił zwyżkę ciężaru dzieci w zakładzie głuchoniemych w Kopenhadze od r. 1882—1885. Otóż okazało się najwyraźniéj, że obie linije krzywe miały w różnych swych okresach wahania wielkie do siebie podobieństwo i że peryjodyczność dwóch tych tak różnych objawów była widoczną. Jeżeli badania późniejsze także w zawartości i ilości składników mleka kobiet pewną stałą wykażą peryjodyczność, to objaśni nam to niejedne nieprawidłowości, jakie nieraz w czasie karmienia zachodzą, a które dotychczas trudno było sobie nieraz wytłomaczyć. Magelssen[2]) (Christiania) statystycznie udowodnił, że np. temperatura tworzy w przebiegu swym linije falowe, które także pewną uwydatniają systematyczność i peryjodyczność do tego stopnia, że Magelssen rozróżnia fale tygodniowe, które zazwyczaj regularnie albo 12 dni albo 11—13 dni trwają, fale wiosenne, letnie, jesienne i zimowe, z których każda ma swoje charakterystyczne znamiona.

Na ostatnim międzynarodowym Zjeździe lek. w Berlinie miał Ott z Petersburga w sekcyi ginekologicznéj wykład o prawie peryjodyczności fizyjologicznych czynności w ustroju kobiecym. Ott czynił wraz z Dr. Sziszarewem dokładne badania tętna, ciepłoty, odruchów rzepkowych, wydzielania kwasu moczowego w czasie peryjodu i po miesiączkowaniu, aby się przekonać, o ile odnośne badania Reinla, Reprewa, Goodmana, Stephansona, pani Jakoby i Rabuteau są prawdziwe i czy w rzeczy saméj można mówić o prawie peryjodyczności u kobiet. Ott doszedł do wniosku, że energija funkcyi ustroju kobiecego zwiększa się przed rozpoczęciem się miesiączkowania, natomiast zmniejsza się bezpośrednio przed lub przy rozpoczęciu się krwawienia. Tak więc hypoteza Goodmanna, Reinla i innych, przyjmująca falowanie czynności ustroju kobiecego, została przez doświadczenia Otta udowodnioną. Jeżeli jednakże Ott następnie twierdzi, że prawo peryjodyczności takiéj tyczy się jedynie kobiet, znajdujących się w okresie zapłodnienia, a więc nie znachodzi się ani u dziewczynek przed rozpoczęciem się peryjodu ani u kobiet, znajdujących się w latach przechodowych, nie mówiąc już wcale o mężczyznach, to zdanie to już w czasie zjazdu nie wydawało nam się prawdopodobne i powątpiewanie moje w téj mierze otwarcie prof. Ottowi wyraziłem.

Chcąc się jednakże przekonać, o ile przypuszczenie moje w przeciwstawieniu do ostatniego twierdzenia Otta jest słuszne, zadałem sobie pytanie, jaką jest wydzielająca siła ustroju w różnych porach dnia, z uwzględnieniem mężczyzn i kobiet, jeżeli organizmowi w równych odstępach czasu podamy równe ilości tych lub owych ciał, któreby następnie łatwo można przez odnośną reakcyję wykazać w moczu. Tak jak w klepsydrze ciągle spada równa ilość piasku w jednym i tym samym czasie, tak samo postępowałem w do

[1]) *Hospitals Tidende* Nr. 16, 1890. — [2]) *Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von der Witterung*, tłom. przez Waltera Bergera; Lipsk. Thieme 1890.

świadczeniach moich z zażywaniem odnośnego ciała. Używałem do doświadczeń tych salicylanu sodu, bo ciało to można łatwo wykazać w moczu za pomocą chlorku żelazowego wskutek powstawania ciemno-niebieskiego zabarwienia. Doświadczenia robiłem na sobie i dwóch kobietach. Co godzinę zażywaliśmy 0·5 salicylanu sodu, co godzinę był mocz odpuszczany i wlewany w ponumerowane epruwetki. Jeżeli było potrzeba, tj. jeżeli ilość moczu była za małą, dodawałem do pojedyńczych oddziałków moczu tyle wody, aby ilość płynu w pojedynczych szkiełkach była równa. Następnie badałem zawartość salicylanu sodu w moczu za pomocą chlorku żelazowego. W dniu doświadczenia jedliśmy óbiad między 12 a 1 w południe. Nie będę Panów trudził przytaczaniem pojedynczych doświadczeń i całych szeregów liczb i notatek, nadmienię tylko, że doświadczenia moje wykazały, iż reakcyja ciemnoniebieska, była zawsze największą około 4-téj godziny i że następnie niebieska skala odczynu na salicylan sodu coraz mniéj stawała sią wyraźną. Przy robieniu odnośnéj reakcyi tworzył się najpierw żółtawy osad fosforanu żelaza a następnie dopiero przy dalszem dodawaniu chlorku żelazawego występowało fijoletowe zabarwienie. Aby się przy téj sposobności przekonać, w jakim czasie pierwszą zażytą dawkę salicylanu sodu można już w moczu wykazać, badałem mocz co 5 minut po zażyciu pierwszéj porcyi. Oto znalazłem w maleńkich tych ilościach moczu, że już w 15 minut po zażyciu można salicylan sodu w moczu wykryć. Po ostatniéj zażytéj dawce jeszcze przez 36 godzin okazywał mocz wyraźny lub mniéj wyraźny odczyn, poza tym czasem nigdy go już w moczu nie mogłem skonstatować. To też powtarzając doświadczenia moje i chcąc mieć wynik czysty, zawsze robiłem dwudniową pauzę między jednem a drugiem doświadczeniem.

Druga seryja doświadczeń moich miała na celu wstrzykiwanie podskórne salicylanu sodu co godzinę, aby się przekonać, jaki będzie wynik odczynu w moczu w porównaniu z doświadczeniami, w których tak ja, jak i owe 2 kobiety preparat ten wprowadzaliśmy do ustroju chorego. I tutaj był wynik taki, że największe oddziaływanie w moczu było około 4-téj godziny popołudniu. Tak jak przy pierwszych doświadczeniach i teraz jedliśmy objad między 12 a 1-szą w południe. Kilka doświadczeń z podskórnem wstrzykiwaniem 3% jodku sodowego i badanie moczu przez dodanie kilku kropli dymiącego kwasu azotowego (ciemno-żółte zabarwienie moczu przy zawartości w nim jodku sodowego) a następnie skłócenie moczu z chloroformem (zabarwia się wtenczas fijoletowo) dały ten sam wynik. Wyniki te nie są, jak sądzę, bez znaczenia, bo wykazują one najpierw, że bez względu na to, czy się tyczy mężczyzny czy kobiety, siła wydzielająca ustroju widoczną okazuje peryjodyczność, a nadto, że około godziny 4-téj popołudniu siła wydzielania z ustroju czy to salicylanu sodowego, czy jodku sodowego itd. jest największą. Jest to o tyle daléj rzeczą ważną, że w tym samym popołudniowym czasie jest, jakto doświadczenia innych badaczy wykazały, także najsilniejsze wydzielanie się z ustroju karbonoilu dwuamidu czyli mocznika, kwasu węglowego a nadto w tym samym czasie jest i ciepłota (Liebermeister, Jürgensen[1]) najwyższą, jak niemniéj i siła tętna serca.

[1]) Landois: *Lehrbuch der Physiologie des Menschen.* Wien 1891, str. 414 i 415. Cf. także tablicę na str. 415.

Dlaczego właśnie około 4-téj godziny popołudniu siła wydzielająca ustroju jest największą i od czego ta zwyżka życiowych objawów w tym właśnie czasie jest zależną, trudno na razie odpowiedzieć. Czy może więcéj w tym czasie wchodzi salicylanu sodu lub też innych ciał w krew, a w takim razie zkąd i dlaczego, czy może nerki pracują peryjodycznie silnie, to znów słabo tak, że i przy równéj zawartości odnośnych ciał w krwi, takowe w pewnych czasach w większéj wydzielane bywają ilości, czy siła ciśnienia krwi, względnie jéj szybkość znacznie się popołudniu zwiększa, wszystko to są pytania, które mogłyby może sprawę całą wyjaśnić.

Byłoby też możliwe, że obiad, który w czasie godzin południowych spożyliśmy, nie był tutaj bez wpływu. Aby się o tem przekonać, nie jadłem od 8 rano do 8 wieczorem, powtarzając doświadczenia z salicylanem sodowym w ten sam sposób, jak w pierwszych moich doświadczeniach. Reakcyja to jest fijoletowe zabarwienie moczu było tutaj w południe i popołudniu równo znaczne. Podług tego byłaby wydzielająca siła ustroju przy głodzie równie wielką od południa do 5-téj godziny po południu, chociaż już nie tak wielką po południu w stosunku do czasu południowego, jak wtenczas, jeżeli spożywa się obiad między 12 a 1-szą. Obiad więc ma pewien wpływ na wydzielającą siłę organizmu, lecz go sam bynajmniéj nie wywiera. Wchodzą tu widocznie inne, jeszcze nieznane powody. Aby wykazać, czy natężenie fizyczne wpływ jaki wywiera na wydzielającą siłę ustroju, zrobiłem następujące doświadczenie. Ponieważ zazwyczaj rano siła wydzielająca ustroju jest mniéj lub więcéj ta sama, to też w czasie przedpołudniowym robiłem odnośne doświadczenia. A że Katzenstein, pracujący w laboratoryjum Zuntza w Berlinie, wykazał w pracy umieszczonéj w ostatnich zeszytach Archiwu Pflügera, że z różnych natężeń fizycznych kręcenie rękami ergostatu Gaertnerowskiego wywołuje największą i najsilniejszą przemianę materyi, przeto też i ja przy doświadczeniach moich kręciłem przez 30 minut korbę ergostatu, zawiesiwszy ciężar na ostatniéj kresce (25) aparatu, aby jak największe z méj strony robić wysiłki. Wynik doświadczenia był ten, że po półgodzinnéj pracy mocz bardzo silną okazywał reakcyję czyli innemi słowy, że praca fizyczna widocznie ma wpływ na wydzielającą siłę ustroju. Nadmienić mi jeszcze wypada, że czyniąc doświadczenia miałem wrażenie, jakoby ilość moczu pod wpływem salicylanu sodu się zwiększyła. Zastrzegam się jednakże, że dokładnych badań w tym kierunku wcale nie robiłem.

Tak więc po zreasumowaniu doświadczeń moich okazuje się, że siła wydzielająca ustroju stosuje się do pewnych praw peryjodyczności bez względu na to, czy chodzi o kobietę czy o mężczyznę, że więc twierdzenie Otta, jakoby peryjodyczność objawów fizyjologicznych była tylko charakterystyczną dla kobiet, znajdujących się w wieku zdatnym do zapłodnienia, w takiem brzmieniu nie jest słuszne. Doświadczenia nasze zdają się choć w części potwierdzać zdanie Mallinga-Hansena, który twierdzi, że wszystkie organiczne funkcyje na całéj ziemi znajdują się w bezprzestannych i do siebie podobnych większych lub mniejszych wahaniach czyli oscylacyjach.

Poznać powody téj peryjodyczności w przyrodzie i życiu będzie zadaniem badań przyszłych pokoleń. Czy może już w każdéj pojedynczéj komórce lub jéj zarodzie objawia

się to peryjodyczne wahanie i czy tu właśnie nie należy szukać rozwiązania zagadki peryjodyczności w czynnościach ustroju, któż to dzisiaj przewidzieć może?

II. Z zakładu farmakologicznego prof. J. Łazarskiego w Krakowie.

O sulfaminolu.

Podał

Dr. Jan Wojtaszek, asystent.

W kwietniu r. z. równocześnie z pyoktaniną i sinkiem rtęci i cynku polecił Merck sulfaminol, nowy środek antyseptyczny, połączenie fenolu ze siarką t. zw. *thiooxyphenyldiamin*. Jest on proszkiem barwy żółtawéj bez woni i smaku, rozpuszczającym się w alkaliach, alkoholu kw. octowym aż do małych pozostałości wejrzenia żywicznego, w węglanach alkaliów jest on prawie nierozpuszczalnym a najlżejsze nawet ogrzanie zmienia go w masę brunatną żywiczną. W ustroju jakoteż z sokami tegoż ma się on rozkładać na siarkę względnie na siarkany i kwas karbolowy, który ma wywierać działanie antyseptyczne.

W tym celu jednak doświadczenia czynione na królikach i na chorych wykazały, że rozkład ten jest raczéj teoretycznie wyrozumowanym, niż wynikiem rozbioru moczu; badanie bowiem tegoż nie wykazało ani zwiększenia siarkanów nieorganicznych, ani fenelosiarkanów. Sulfaminol według Koberta można wstrzykiwać podskórnie zwierzętom bez szkody w ilości 0·9 na klg. wagi zwierzęcia; doświadczenia jednak, które robiłem na królikach, wykazały, że nietylko w téj dawce, ale nawet 3 lub 4 razy większéj nie przynoszą żadnéj szkody zwierzęciu i nie wywołują żadnych zboczeń w ustroju. Wstrzyknięty pod skórę zachowuje się zupełnie jak ciało obce i po kilku dniach ulega otorbieniu. Wewnętrznie podawany w dawkach jeszcze większych, bo przeciętnie 4 gr., królikom ważącym 1600 gr. nie wywołał żadnych zboczeń, prawie wszystek można było wykazać w kale, a po zabiciu zwierzęcia jako jedyną zmianę można było zauważyć nieznaczne przekrwienie żołądka. Dla znacznéj przyczepności wydalanie się jego z przewodu pokarmowego trwa kilka dni. Po tych więc doświadczeniach nie można sulfaminolowi przypisać żadnego działania fizyjologicznego. Mimo jednak braku jakiegoś działania fizyjologicznego zachodzi pytanie, czy przecież ten środek zewnętrznie używany można uważać za *antisepticum?* Pierwszy Schmidt z Frankfurtu używał go we wrzodach gruźliczych krtani i w ropieniach jamy szczęki górnéj, w których to przypadkach miał usuwać przykry zapach. Z mojego jednak zastowania w raku wrzodziejącym języka i gruczołów podszczękowych to wcale nie wynika, gdyż nie okazał on działania odwaniającego.

Rabow (*Therap. Monatshefte* 1890, 6) również podaje korzystne wyniki, otrzymane za pomocą tego środka przy gojeniu wrzodów podudzia, odleżyn i w *cystitis ex myelitide*. Chcąc się przekonać o tem działaniu, stosowałem ten środek u kilkunastu chorych z wrzodami miękkiemi prącia i w jednym przypadku *cystitis ex hypertrophia prostatae*. Wrzody posypywane nim przy antyseptycznem zresztą leczeniu nie okazywały mimo podań Rabowa wcale większéj dążności do gojenia się, w tym więc względzie nie może on zająć miejsca jodoformu. Ujemne jednak działanie jego okazało się w wejrzeniu granulacyj; te nie wyglądały tak pięknie czerwono jak po jodoformie, ale były jakby pokryte szarawym nalotem, jednem słowem miały wejrzenie drętwe. W przypadku *cystitis* oprócz gniecenia w żołądku i odbijań, z powodu których chory nie chciał używać sulfaminolu, żadnego wpływu na czystość moczu nie zauważyłem.

Tak więc środek ten, jakkolwiek mający wyższość nad jodoformem mianowicie w swéj bezwonności i trudności wessania nie może tegoż zastąpić choćby już dlatego, że jest on środkiem niepewnego składu, a tem niepewniejszego działania.

III. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową

na podstawie 4057 przypadków

zestawił

Dr. Leon Wachholz,
asystent Uniw. Jagiell. i lekarz praktykujący w tymże oddziale.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

J. K. mężczyzna, z *fistula urethrae* przy pierwszem zespojeniu przetoki $\frac{11+3}{7+9}$, przy powtórnem $\frac{17+5}{10+15}$ przy plastyce cewki $\frac{18+12}{7+17}$ w odstępie kilkunastu dni. Najwięcej zaś wybitny przypadek, gdzie już po kilku dniach był powtórnie i poraz trzeci narkotyzowany odnosi się do I. K. kozaka z zwężeniem cewki.

1) $\frac{12+30}{5+40}$, 2) $\frac{18+20}{8+37}$, 3) $\frac{28+15}{20+10}$. Jakkolwiek mała to liczba przypadków, przecież zdaje mi się, iż z pewnem prawdopodobieństwem należy przypuścić w nich przyzwyczajenie się do chloroformu, skutkiem czego ilość chloroformu potrzebna do znieczulenia wzrastać musiała.

2) od zasobu krwi chorego; u niedokrewnych ilość chloroformu zużyta, jakkolwiek nieznacznie przeważnie większą była;

3) od rodzaju choroby. Wszyscy dotknięci nowotworami złośliwemi, głównie zaś rakiem zużytkowywali znaczniejsze ilości chloroformu.

Na 167 przypadków raka zużyto 2296 gr. chlorof. w czasie 28 godzin i 83 sekund czyli, że w porównaniu z resztą przypadków okazuje się: iż 9 razy większa liczba chorych nie dotkniętych rakiem zużyła tylko 7 razy większą ilość chloroformu. Stąd też średnia ilość chloroformu zużytego u chorych rakiem dotkniętych wynosi 13·7 grama, gdy średnia u innych chorych nie dotkniętych rakiem wynosi 10·05 gr. chloroformu, a więc chory dotknięty rakiem zużywał przeciętnie o 3·65 gr. chloroformu więcéj w ciągu narkozy.

Chorzy ci potrzebowali również dłuższego czasu do znieczulenia, bo gdy średnia ogólna czasu = 9·1, to średnia u nich wynosi 10·3. Z wszystkich zaś przypadków raka najwięcéj chloroformu do wywołania narkozy zużyto w przypadkach raka przybłonkowego warg (*epithelioma labii*), dlatego to później w tych przypadkach stosowano chloroformowi do pomocy kokainę.

Ilość chloroformu, zużyta aż do końca operacyi zależała głównie od trudności zabiegu, tem samem od czasu jego trwania. Jednak zauważyć można, że i tam była wielką, gdzie operowano na twarzy przy zwykłéj masce Esmarcha. Ta bowiem raz nasiąknąwszy krwią i płynami antysepty-

cznemi nie przyjmowała chloroformu, który z maski natychmiast po wlaniu ściekał.

W niektórych przypadkach stosowano chloroform i eter do narkozy, lub chloroform i kokainę lub łącznie te trzy środki razem.

Chloroform wpływa na czynność serca w ten sposób, iż ją z początku narkozy przyspiesza, potem zaś zwalnia głównie z powodu obniżenia pobudliwości ośrodków sercowych a może i samego mięśnia sercowego (Ranke) nadto obniża on parcie krwi przez osłabienie pobudliwości ośrodka naczynio-ruchowego. Wszystkie środki ogólnie znieczulające osłabiają pobudliwość ośrodka naczynio-ruchowego w mniejszych dawkach stosowane, przezco tętno staje się wolnęm, miękkiem, a krzywa sfygmograficzna nie okazuje wcale elewacyi od elastyczności ścian naczyń pochodzących, lub tylko elewacyje słabo zaznaczone. Środki te w większych dawkach zastosowane sprowadzają porażenie ośrodka naczynio-ruchowego i ośrodków serca, a zatem i śmierć.

To też bardzo często zdarza się, iż chory nagle w czasie narkozy zblednie a tętno na tętnicy sprychowej bardzo słabo wyczuwalnem się staje. Zdarza się to u osób niedokrewnych, zwłaszcza jeżeli one większą ilość chloroformu zużyły, lub co ważniejsza, jeżeli wdechały powietrze nazbyt parami chloroformu nasycone. Niebezpieczne te objawy przy narkozie występujące, będące niejako wstępem do synkope (omdlenia) a co gorsza do nagłej śmierci, są rzadszemi przy użyciu eteru do narkozy. Tylko eter z pośród wszystkich środków ogólnie znieczulających wyróżnia się słabem działaniem na ośrodek naczynio-ruchowy i ośrodki serca, i tem to należy sobie tłómaczyć powrót do eteru jako bezpieczniejszego środka u wielu operatorów. Gdy chloroform głównie na serce i naczynia szkodliwie wpływa, to eter przeciwnie działa szkodliwie na ośrodek oddechowy, wywołując nawet śmierć przez porażenie tegoż.

Mając zawsze na pamięci działanie chloroformu i eteru, stosowaliśmy eter zawsze w tych przypadkach, w których nas auskultacyja pouczyła o nieprawidłowym stanie serca, lub w przypadkach wymagających dłuższéj narkozy u osób niedokrewnych i wyniszczonych, lub wreszcie tam, gdzie w czasie narkozy chloroformowéj wystąpiły choćby w najlżejszym stopniu groźne objawy ze strony narządu krążenia jak zblednienie, zbytnie osłabienie tętna, synkope. Natomiast nie stosowaliśmy nigdy eteru u ludzi ze zmianami chorobowemi w narządzie oddechowym. Ponieważ jednak eter ma bardzo wybitne ujemne strony jak np. wielką trudność w otrzymaniu nim całkowitéj narkozy bez użycia umyślnie dla niego sporządzonych przyrządów jak n. p. przyrządu Clovera, Ormsby'a, Hawksley'a i t. d. zbytnie przeciąganie się okresu pobudzenia, wprawialiśmy wszystkich chorych w stan zupełnego znieczulenia chloroformem, narkozę zaś tę podtrzymywaliśmy nadal wdechaniem par eterowych, jak to nawet Kocher radzi [1]), przy użyciu tejże saméj maski.

W 45 przypadkach takiéj narkozy zużywaliśmy przeciętnie na jednę narkozę 16·8 gr. eteru przy przeciętnéj ilości chloroformu 9,0 gr. aż do nastania narkozy, 20,0 do podtrzymania działania eteru. Często bowiem mimo zastosowania eteru okazała się potrzeba w dalszym ciągu przyjść mu w pomoc chloroformem. Tak więc na przemian stosowaliśmy czasem chloroform z eterem w jednym i tym samym przypadku mimo przestróg Kochera, wychodząc z założenia, iż eter wdechany przez pewien czas mógł podnieść czynność serca chloroformem osłabioną. Największą ilość zużytego eteru stanowi 82,0 gr. najmniejszą zaś 3,0 przy ogólnéj ilości chloroformu do pomocy użytéj wahającej się między 2·0 gr. a 85·0. W jednym tylko przypadku (*hernia incarcerata* u kobiety — *herniolaparotomia — resectio int. coeci*) pokusiliśmy się uzyskać zupełną narkozę eterem stosowanym przyrządem Wiskemanna — jednak mimo zużytych 80·0 gr. eteru nie można było przystąpić do zabiegu, wymagającego zupełnego zwiotczenia powłok brzusznych i tak zmuszeni byliśmy wspomódz tę ilość eteru chloroformem w wcale pokaźnéj nawet dawce 25·0 gr.

O przypadłościach różnych, jakie w tych narkozach się zdarzały, wspominać oddzielnie nie będę ze względu, iż po pierwsze nie różniły się w niczem od przypadłości w przypadkach czysto chloroformowéj narkozy występujących, po drugie, iż eter, jak to już przedtem wspomniałem, często był używanym tam, gdzie już chloroform objawy zagrażające wywołał.

Mięszanki Billrotha nie stosowaliśmy wcale, zgadzając się w zupełności z wywodami Kochera, iż w mięszance téj działa tylko chloroform, gdy alkohol i eter mają znaczenie środka rozcieńczającego chloroform, aby tegoż pary w niezbyt mocnem zgęszczeniu choremu podawać. Zamiast nich można, jak słusznie Kocher radzi, pary chloroformowe powietrzem rozrzedzać.

Od czasu, jak kokaina zaczęła coraz więcéj wchodzić w użycie, gdy teoretyczne i doświadczalne prace Aurepa [1]) i Mosso [2]) wykazały, iż kokaina wprost przeciwnem działaniem się odznacza niż chloroform, bo podnieca czynność serca, podnosi ciepłotę ciała, jakoteż i doświadczenie lekarzy pouczyło, iż jest dzielnym środkiem przeciwwymiotnym nawet w morskiéj chorobie (Wicherkiewicz), zastosował ją prof. Dr Obaliński w połączeniu z chloroformem do narkozy [3]). Zrazu podawał prof. Obaliński kokainę w dawce od 1 — 3 ctg. w łyżce wody przed i po narkozie przyczem przekonał się, że częstość wymiotów zmalała. Potem jednak zmienił swe postępowanie i zastrzykiwał kokainę podskórnie w pole operacyjne poddawszy poprzednio chorego zwykłéj narkozie chloroformowéj. Że postępowanie to niezaprzeczone posiada zalety, świadczą cyfry poniżéj podane i sąd Dra Dombrowskiego wygłoszony na posiedzeniu towarzystwa lekarzy w Petersburgu, iż narkoza ta znosi prawie zupełnie wymioty w czasie operacyi, wszelkie niebezpieczne przypadłości przy narkozie rzadszemi czyni, i że chorzy znacznie prędzéj się budzą. Jako główną zaletę téj metody podaje Dr. Dombrowski, antagonistyczne działanie kokainy i chloroformu na serce. [4]) Do dziś dnia stosowaliśmy tę narkozę mięszaniną z chloroformu i kokainy 43 razy. Z roztworu 3 — 5% kokainy zastrzykiwano w pole operacyjne od 1 — 10 ctg. kokainy licząc w wyższych dawkach na neutralizujące działanie chloroformu i na ubytek kokainy przez następową operacyję w części nią znieczulonéj. Ilość chloroformu zuży-

[1]) Kocher. *Ueber komb. Chlorof. Aethernark.* Koresp. d. Schw. Aerzte. 1890. Nr. 18.

[1]) *Pfluger's Archiv.* XXI. — [2]) *Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak.* XVIII. — [3]) „Przegląd Lekarski“ i „*Wiener klin. Wochensch.*“ 1888. — [4]) *St. Petersburger Medic. Wochschr.* 1890, Nr. 30.

ta obok kokainy wahała między 2,0 a 100 gr., gdy ilość chloroformu przy zwykłych narkozach wahała między 3 a 190,0 gr.

Narkozy te trwały najkrócéj 9 minut, najdłużéj 98 minut, przeciętnie 37 minut. Wymioty tak w czasie narkozy jak i po narkozie zdarzyły się 12 razy czyli 27%. Z narkoz tych przekonaliśmy się, jak to już prof. Dr. Obaliński był ogłosił, o ile są bezpieczniejszemi od zwykłych chloroformowych, o ile prędzéj chorzy do przytomności wracają, przykrego zmęczenia nie czują i rzadziéj wśród narkozy wymiotują. Tylko pobudzenie bywa znaczniejszem zwłaszcza już po oprzytomnieniu chorego.

W przypadkach, gdzie przy początkowéj zwykłéj narkozie zdarzyły się przypadłości jak zblednienie, zamartwica i t. d. stosowano eter, a gdy ten nie znieczulał dokładnie, zastrzykiwano w obwód pola operacyjnego kokainę, i tak powstały narkozy mięszane złożone z chloroformu, eteru i kokainy. Przypadków takich naliczyłem 20. Ilość kokainy zużytej wahała między 1 ctg. a 6 ctg., ilość eteru między 4 a 70, ilość chloroformu między 14 a 25,0 gr. Czas trwania narkozy najkrótszy wynosił 25 minut, najdłuższy 207 minut, przeciętnie 82 minut. Liczby te są dlatego wielkiemi, gdyż na 20 tych przypadków 4 razy miała miejsce zamartwica, początkowemi dawkami chloroformu wywołana, skutkiem czego wlicza się w te ilości i czas stracony na zabiegach sztucznego oddechania i t. p.

Od czasu odkrycia Nussbauma, że narkozę chloroformową można bezkarnie znacznie przedłużyć, jeśli się w czasie jéj zastosuje podskórnie morfinę, zaczęto tego sposobu używać, morfina bowiem zaoszczędza chloroformu w ten sposób, że mniejsze ilości chloroformu w obec niej już do zupełnéj narkozy wystarczają, skraca okres pobudzenia, przyspiesza nastanie narkozy, zmniejsza niebezpieczeństwo zadziałania chloroformu na serce.

Z dokładnie opisanych przypadków, w których narkoza chloroformu wzmocniona była wstrzyknięciem morfiny, znajduje się jeden zaledwie. Użyto w nim 0·010 morfiny na 36 gr. chloroformu w czasie 48 minut. Przypadek ten z innych względów ważny opiszę w dalszym ciągu.

Na 1793 dokładnie opisanych narkoz przypada na mężczyzn 1065, na kobiety 728. Dla pierwszych wynoszą przeciętne ilości według wzoru naszego $\frac{11·5 + 19·2}{9·7 + 33}$, dla drugich zaś $\frac{9 + 17·9}{8·4 + 47}$. Maksymalne wynoszą odnośnie do x u mężczyzn 80 gr. w przypadku *carcinoma laryngis*, u kobiet 75 gr. i jestto druga maksymalna ilość chloroformu zużyta aż do wywołania narkozy. Ta ilość odnosi się do przypadku z rozpoznaniem *pes equinus — tenotomia tend. Achilis*; chora mimo tak znacznéj ilości chloroformu nie popadła w stan zupełnéj narkozy. Maksymalne odnośnie do x wynoszą u mężczyzn 110 gr. (*carcinoma laryngis*), u kobiet 80 gr. (*carcinoma uteri*). Maksymalne odnośnie do y i y' wynoszą u mężczyn 45 i 232 minut u kobiet 25 i 140 (*carcinoma recti*). Minimalne ilości według wzoru u kobiet są te same jak ogólne, a więc $\frac{2 + 1}{3 + 1}$, u mężczyzn $\frac{3 + 1}{3 + 1}$. Z tych zatem liczb dochodzi się do wniosku, że płeć wpływa na ilości chloroformu potrzebne do narkozy, ale nieznacznie. Zawsze ilość chloroformu u mężczyzn zużyta jest większa niż u kobiet. Z zestawień przypadłości wypada, że niepokój w czasie narkozy u kobiet rzadziéj się zdarza aniżeli u mężczyzn, toż samo zamartwica i omdlenie (*synkope*) Mocne pobudzenie spostrzegano również częściéj u mężczyzn; wymioty natomiast częściéj zdarzały się u kobiet tak w czasie narkozy, jak i po niéj. Odnośne liczby podaję poniżéj, przedstawiając przypadłości, które w czasie narkozy się wydarzały i po skończonéj narkozie.

Co do pierwszych: Pobudzenie (*Excitatio*). Większość chirurgów przyjmuje cztery okresy w narkozie chloroformowéj: okres pobudzenia, snu, porażenia lub zapadu i obudzenia się. Czas trwania i szybkość przechodzenia jednego okresu w drugi są indywidualne. Zwłaszcza okres pobudzenia bywa u różnych ludzi różnym tak co do czasu trwania, jak i stopnia pobudzenia. Stwierdzono, że okres ten przedłuża się znacznie u nałogowych opojów, nerwowych, zwłaszcza u hysterycznych kobiet, a nawet u charłaków. Pobudzenie to znaczne, objawia się albo gwałtownemi ruchami, kurczami krótkotrwałemi (*clonus*) lub nawet tężcowemi, albo gadatliwością, śpiewami i t. d.

Wygórowane pobudzenie zauważono w 206 przypadkach (11%), a już bardzo silne i długie w 32 przypadkach, z których 20 przypada na mężczyzn, reszta na kobiety. W dwu przypadkach zauważono wybitny *opisthotonus*, po którym w jednym z nich (*carcin. ventric. accretum*) nastało nagle rozszerzenie źrenic, bladość trupia twarzy, omdlenie (synkope), jednak z zejściem pomyślnem. W dalszym ciągu narkozy użyto w tym przypadku eteru.

Znaczenie nadmiernego pobudzenia jest doniosłem, o ile ono dotyczy chorych z wadami sercowemi zwłaszcza w stanie niekompensacyi lub ze stłuszczeniem serca. Już druga komisya Hyderabadu oświadczyła, że nie chloroform, który owszem obniżeniem parcia ościennego krwi ułatwia pracę schorzałemu sercu, lecz wrażenie zbytnie, jakiemu chory ulega kładąc się na stół operacyjny i ruchy gwałtowne w okresie pobudzenia przy stanach tych patologicznych serca mogą się stać powodem śmierci. Nierzadko spotykano niepokój w przypadkach, w których okres pobudzenia nie przedstawiał nic uwagi godnego, w ciągu całéj narkozy mimo zupełnego znieczulenia i snu. Niepokój ten objawiał się ruchami chorego bezwiednymi, stękaniem i t. d. występował on w 3·3% przypadków, częściéj u mężczyzn, z tych znowu u potatorów i dotkniętych rakiem najczęściéj, przy ilości chloroformu na przeciąg całéj narkozy wahającéj między 9,0 gr. a 138,0 przeciętnie przy 47·8 gr. Niepokój ten zauważano również częściej u tych chorych, którzy już przed narkozą okazywali pewną obawę przed chloroformem.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Zatem warstwę właściwéj spojówki całkowicie zastąpiła niezwykle wybujała tkanka adenoidalna; prócz niéj były chyba zawsze prawie zwyrodniałe naczynia, gdyż tkankę łączną włóknistą, nadto zupełnie prawidłową i w bardzo małéj ilości, znajdowałem tylko w pobliżu niektórych naczyń krwionośnych. Co się tyczy komórek zarówno limfoidalnych

jakoteż śródbłonkowych, te stanowczo bynajmniéj w sprawie czynnie nie występowały. Siniawiec kampeszowy wyraźnie zaznaczał jądra komórek, karmin zabarwiał pierwoszcze, które zawsze było drobnoziarniste, wtedy nawet gdy ilość jéj bardzo była nieznaczną. Tak się przedstawiały komórki zarówno wśród istoty bryłek, jakoteż na powierzchni ich lub w środku zwyrodniałéj siateczki. Zdaniem mojem, jedyne zmiany jakim mogły ulegać komórki, były li tylko zanikowe wskutek ciśnienia przez otaczające zwyrodniałe części. Dodam tu jeszcze, że dokoła brył nigdy nie widziałem otoczek jądrowych, również ani w pobliżu brył, ani też pośród tkanki adenoidalnéj komórek olbrzymich wcale nie było.

Znaczne zmiany znalazłem w usuniętéj wraz z fałdem części luźnéj tkanki podspojówkowéj. Pośród tkanki téj znalazłem odosobnione zupełnie, lecz bardzo liczne bryły z istoty silnie światło załamującéj, o barwie również bladozielonéj. Kształt miały okrągły, podługowaty, walcowaty i wreszcie zupełnie nieprawidłowy. Nie trudno było przekonać się, że łączyły się one bezpośrednio z zupełnie prawidłowemi włókienkami i pęczkami tkanki łącznéj. W naczyniach krwionośnych w téj warstwie stanowczo zmian żadnych nie znalazłem, zresztą znajdowałem tu naturalnie przeważnie li tylko grubsze zwyrodnienia.

Przystępując do operacyi miałem na celu usunięcie fałdu wraz z górnym brzegiem chrząstki. Jednakże badanie anatomiczne udowodniło, że przy operacyi usunąłem tylko bardzo nieznaczną część tego brzegu i to li tylko w połowie wewnętrznéj powieki, mianowicie na kilkunastu skrawkach z okolicy téj pochodzących znalazłem odosobnione gruczołki Krausego, które zresztą z jednéj przynajmniéj strony otaczała prawidłowa tkanka adenoidalna. Nabłonek gruczołów żadnych zgoła zmian nie przedstawiał, dokoła zaś zrazików znalazłem jakby bardzo zgrubiałą własną błonę gruczołów (*m. propria*), również zabarwioną blado-zielono. Pęczki mięśnia Müllera w niektórych miejscach były bardzo lśniące i barwy bladozielonéj.

W celu zbadania istoty zwyrodnienia, poddałem wyroby działaniu rozczynu Lugola. Otóż już w dość krótkim czasie wyroby stawały się różnobarwnemi, przeważająca masa wybujałéj tkanki adenoidalnéj była zabarwioną żółtawo, barwa zaś ta stanowiła, że tak powiem, tło obrazu, na którym znajdowały się wysepki barwy brunatno-mahoniowéj, która przy dodaniu kwasu siarkowego najpierw stawała się znacznie ciemniejszą, późniéj zaś jakby brudnofijoletową. Wysepki te najzupełniéj odpowiadały wszystkim utworom, które wejrzenie miały nader lśniące, przy zabarwieniu zaś siniawcem i karminem miały barwę bladozieloną; wyjątek stanowiły tylko w niektórych miejscach zwyrodniałe części pod samym przybłonkiem położone. Opracowując wyroby fijoletem metylowym, otrzymywałem obrazy najzupełniéj podobne do powstałych przy działaniu rozczynu jodu w jodku potasowym *per se*, lub też z dodaniem kwasu siarkowego, z tą tylko różnicą, że na niebieskiem tle znajdowały się wysepki barwy ciemnowiśniowéj. Zatem zwyrodnieniu skrobiowatemu w przypadku tym uległy: 1) ściany naczyń, zwłaszcza mniejszych, przeważnie tętnic i naczyń włosowatych; 2) przegródki siateczki adenoidalnéj, przeważnie w warstwie podprzybłonkowéj; 3) włókna luźnéj tkanki podspojówkowéj i 4) błona własna gruczołów Krausego i niektóre pęczki gładkich włókien mięśnia powiek Müllera. Co się tyczy komórek, te stanowczo czynnie w całéj sprawie nie występowały. Komórek przybłonka z oddziaływaniem skrobiowatem stanowczo nigdy nie napotykałem. Spęczniałych i o budowie jednolitéj komórek limfoidalnych lub też ziarnka istoty skrobiowatéj zawierających również nigdy nie widziałem. Wogóle przekonałem się, że komórki ulegać mogą li tylko jednéj zmianie, zanikowi stopniowemu wskutek ciśnienia, wywieranego na nie bądź przez zwyrodniałe naczynia, bądź też przez zwyrodniałe przegródki siateczki adenoidalnéj. Tak zwane bryłki skrobiowate, mojem zdaniem, należą raczéj do utworów sztucznie powstałych przy badaniu tkanek, zawdzięczają zaś swe pochodzenie kruchości téjże. Do wniosku tego najłatwiéj dojść możemy, badając je na cięciach grubszych, gdyż łatwo się w tym razie przekonać możemy, że nie stanowią one bynajmniéj utworów odosobnionych, lecz raczéj cały, że tak powiem, układ, całe sieci istoty skrobiowatéj powstałe, jak wyżéj nadmieniłem, z sieci naczyń krwionośnych, przeważnie z drobnych tętnic i naczyń włosowatych, w mniejszym znacznie stopniu z przegródek siateczki adenoidalnéj.

Jak powiedziałem już, w przypadku tym nastąpiła recydywa, która powstała w ciągu ośmiu tygodni. Dokonane badanie drobnowidowe dowiodło następującéj budowy: Nowotwór na cięciu ma kształt walcowaty; trzy czwarte powierzchni jego pokrywa przybłonek, złożony tylko z trzech warstw komórek, które wszystkie kształt miały płaski. Od podstawy do istoty wstępowały grube naczynia krwionośne o cienkich ścianach, otoczone luźną tkanką łączną; naczynia te rozgałęziały się wielodzielnie, pod przybłonkiem zaś tworzyły sieć włosowatą. Sieć ta znajdowała się już w obrębie tkanki adenoidalnéj, która tworzyła pod przybłonkiem warstwę przeszło 1 mm. grubości mającą. W tkance adenoidalnéj, nawet na wyrobach wypłukanych i oczyszczonych pędzelkiem, żadnych zgoła zmian nie znalazłem, nietylko w komórkach limfoidalnych, lecz nawet w przegródkach jéj siateczki. Natomiast większa część naczyń włosowatych i drobnych tętnic była zwyrodniałą, mianowicie światła naczyń włosowatych bardzo były zwężone, do średnicy jednego czerwonego ciałka krwi, rurki zaś śródbłonkowe otaczały pochewki 3—4 grubsze od światła. — Pochewki te były lśniące, silnie światło załamywały. Takie same pochewki znajdowałem również dokoła drobnych tętnic, chociaż nadto błona średnia tak dalece była w nich zgrubiałą, że grubość ta była o 2—3 razy znaczniejszą od pozostałych błon ściany. W grubszych tętnicach znalazłem tylko bardzo zgrubiałą błonę średnią, w żyłach żadnych zgoła zmian. Wspomniane pochewki od karminu zabarwiały się bardzo bladoróżowo. od siniawca wcale nie, od eozynu bardzo silnie; natomiast rozczyn Lugola zabarwiał je żółto, która to barwa nie ulegała zmianie przy dodaniu kwasu siarkowego; fijolet metylowy zabarwiał je niebiesko — mieliśmy więc w recydywie bynajmniéj nie skrobiowate, lecz li tylko szkliste zwyrodnienie.

Przyp. 4-ty. Od zasady Snellena operowania podwinięcia powieki musiałem odstąpić o tyle, aby jednocześnie usunąć pasemko zwyrodniałe; przeto skórę rozciąłem o 5 mm. wyżéj brzegu powieki, cięcie zaś dolne w chrząstce tylko o 1 mm. niżéj. Nie chodziło mi bynajmniéj o całkowite wycięcie części zwyrodniałych, gdyż już sam poprzedni przypadek dostatecznie przekonał mnie, że leczenie zwyrodnienia skrobiowatego spojówki bynajmniéj nie wymaga całkowitego usunięcia zwyrodniałych części, gdyż nawet samo obrażenie tkanek przy operacyi zdaje się wywoływać w nich wsteczne

przeobrażenie; wszakże po dokonanéj operacyi przekonać się mogłem, że usunąłem wszystko zwyrodniałe, gdyż cięcia były wykonane już w tkankach prawidłowych. Usunięte kamienie przechowałem w wyskoku, pozostałą część wyciętą w płynie Müllera. Część pryzmatyczną przy operacyi usuniętą rozciąłem na dwie połowy i zeskrobałem powierzchnię jednéj połowy wprost nożem. W masie w ten sposób otrzymanéj znalazłem obok drobnych komórek limfoidalnych liczne a najrozmaitszego kształtu, silnie światło załamujące i lśniące cząstki czyli bryłki. Badając przy świetle z góry padającem, spostrzegłem w nich liczne, nakształt iskier lśniące miejsca, co dowodziło częściowego zwapnienia bryłek. Po opracowaniu rozczynem Lugola, bryłki zabarwiły się czerwono-brunatno, po dodaniu kwasu siarkowego jasno fijoletowo, od rozczynu fijoletu metylowego bryłki przyjęły wiśniową barwę. Zresztą w obu ostatnich razach zabarwienie wystąpiło wyraźnie dopiero po upływie 2—3 godzin. Kilkotygodniowe przechowanie części wyciętéj w płynie Müllera wystarczyło do zupełnego odwapnienia tkanki. Na cięciach poprzecznych znalazłem: przybłonek spojówki chrząstki składał się z 3—4 warstw płaskich komórek, bezpośrednio pod nim znajdowała się tkanka adenoidalna, któréj wybujałość wprawdzie nie była znaczną, gdyż grubość warstwy nie przenosiła 3—4 razy prawidłową. W warstwie téj niektóre drobne naczynia krwionośne miały bardzo zgrubiałą błonę średnią, wązkie światło, dokoła zaś ich znajdowały się bladozielone silnie światło załamujące i lśniące pochewki. Naczynia włosowate również otaczały lśniące pochewki, światło zaś ich często zupełnie znikało. W niektórych miejscach zgrubiałość ścian uwydatniała się w jednym przeważnie kierunku, a wtedy przy badaniu pobieżnem zgrubiałości te jako bryły odosobnione wyglądały, wszakże w środku ich zawsze można było widzieć resztki naczyń krwionośnych, bądź światło, bądź ciałka krwiste. Pod warstwą adenoidalną w tkance podspojówkowéj znajdowały się grubsze naczynia krwionośne, tętnice o zgrubiałéj błonie średniéj, żyły o zgrubiałéj błonie dodatkowéj, lecz płaszczów lśniących dokoła tych naczyń wcale nie było. Natomiast na pęczkach tkanki łącznéj bardzo często widziałem zgrubiałości, włókna na pewnéj przestrzeni były spęczniałe, barwy bladozielonéj, bardzo lśniące. W innych znów miejscach znajdowały się pasemka tkanki adenoidalnéj zmierzające ku istocie saméj chrząstki, w któréj tworzyły gniazda odosobnione. Zresztą o prawdziwym stosunku tkanki adenoidalnéj względem istoty chrząstki sądzić trudno, gdyż kamienie znajdowały się właśnie przeważnie w istocie saméj chrząstki, bliżéj błony podspojówkowéj. Z gruczołami Meiboma nie miały one nic wspólnego, gdyż te były prawidłowe i tylko powierzchnie zrazików ku spojówce zwrócone, otaczały lśniące, bladozielone pasemka. Na skrawkach widoczne były odpowiednio wyjętym kamieniom, znaczne przerwy, które wszędzie prawie odgraniczały komórki olbrzymie o niezliczonéj ilości jąder, zawsze obok brzegu komórek położonych. Komórki często nawet były ułożone we dwie warstwy; pierwoszcze ich bardzo wyraźnie zabarwiało się od karminu, przyległe do nich tkanka adenoidalna i włókna tkanki łącznéj były zupełnie prawidłowe. Komórki przeto czynnéj roli w wytworzeniu zwyrodnienia odegrać bynajmniéj nie mogły, przeciwnie same powstały raczéj wtórnie, wskutek rozwoju w tkance ciał obcych, kamyków. Kamyki te bardzo były twarde, w kwasie solnym zupełnie się rozpuszczały, składały się wyłącznie prawie z fosforanu i węglanu wapna.

Opracowując skrawki rozczynem Lugola, już po krótkim czasie otrzymałem czerwonobrunatne zabarwienie części, które przy podwójnem barwieniu karminem i siniawcem zabarwiały się blado-zielono, mianowicie płaszczyków drobnych tętnic i naczyń włosowatych, odosobnionych zgrubiałości drobnych naczyń, spęczniałych w niektórych miejscach włókien tkanki łącznéj pozaspojówkowéj i wreszcie płaszczyków wewnętrznéj powierzchni zrazików gruczołów Meiboma. Dodając następnie kwasu siarkowego, po upływie pół godziny części wyż wspomniane zabarwiały się fijoletowo. Fijolet metylowy zabarwił części te wiśniowo-czerwono. Wszakże zabarwiały się typowo bynajmniéj nie wszystkie części, które przy barwieniu podwójnem karminem i siniawcem pozostały bladozielonemi; oddziaływanie występowało wybitnie w tak zw. bryłkach i podprzybłonkowych naczyniach włosowatych, w tkance łącznéj podspojówkowéj i w płaszczykach, otaczających wewnętrzną powierzchnię zrazików gruczołów Meiboma, natomiast o wiele słabiéj i bynajmniéj nie zawsze występowało oddziaływanie w płaszczykach drobnych tętnic. Prócz tego często napotykałem wyspy całą grubość części wyciętéj obejmujące, w obrębie których oddziaływanie wcale nie występowało. Daléj jakkolwiek tkanka adenoidalna wydawała się na skrawkach zupełnie prawidłową, jednakże badając wytrzęsione w wodzie lub wymyte za pomocą pędzelka wyroby, przekonałem się, że przegródki siateczki, zwłaszcza w warstwie podprzybłonkowéj, w niektórych miejscach bardzo były zgrubiałe o tyle, że grubość wynosiła przeszło połowę średnicy komórek limfoidalnych. Wszakże oddziaływania skrobiowatego w przegródkach nigdy nie otrzymałem. Co się tyczy komórek zarówno limfoidalnych jakoteż olbrzymich, te nigdy nie były ani przeistoczone w jednolite masy, ani też przy użyciu wzmiankowanych odczynników nie dostrzegłem w nich ziarnek istoty skrobiowatéj.

Zatem w przypadku tym mieliśmy: 1) wybujałość tkanki adenoidalnéj, chociaż w stopniu o wiele mniéj znacznym niż w poprzednich przypadkach; 2) zwyrodnienie tylko szkliste przegródek siateczki adenoidalnéj; 3) zwyrodnienie w części szkliste, w części skrobiowate drobnych tętnic i naczyń włosowatych; 4) komórki olbrzymie, lecz powstałe niezawodnie wtórnie tylko, wskutek tego, iż w tkance 5) miał miejsce rozwój względnie obszernych zwapnień i 6) w sprawie zwyrodnienia zarówno szklistego, jakoteż skrobiowatego komórki bynajmniéj czynnie nie występowały.

Pozostaje nam obecnie uczynić kilka wniosków ogólnych co do patologii zwyrodnienia szklistego i skrobiowatego spojówki. Przypadki zwyrodnień tych dość są rzadkie, lecz natomiast budowa spojówki o wiele jest prostszą od budowy narządów miąższowych, przeto dane dla spojówki otrzymane, mogą mieć wielką doniosłość dla patologii ogólnéj zwyrodnienia skrobiowatego. Potem co wyżéj o stosunku sprawy względem jaglicy ze stanowiska klinicznego powiedziałem, nie wypadałoby nawet powtarzać, że oba cierpienia stanowczo nic wspólnego ze sobą nie mają. Badania anatomiczne również fakt powyższy najzupełniéj stwierdziły.

Przedewszystkiem chodzi o to, czy zwyrodnienia szkliste i skrobiowate uważać wypada za formy odrębne, czy

też tylko za pewne okresy tego samego cierpienia. — Zdaniem Raehlmanna i ucznia jego Kublego, mamy jednę tylko sprawę, w przebiegu któréj wyraźnie jakoby odróżnić się dają cztery okresy: 1) rozrost tkanki adenoidalnéj, 2) zwyrodnienie szkliste, 3) zwyrodnienie skrobiowate i 4) okres skostnień i zwapnień. Vossius znów utrzymuje, że obie formy zwyrodnienia tyle tylko mają ze sobą wspólnego, że początek sprawy polega na bujaniu tkanki adenoidalnéj, gdyż form przejściowych pomiędzy oboma zwyrodnieniami nie spostrzegał. Następnie, zdaniem jego, zarówno makroskopowe, jakoteż drobnowidowe wejrzenie części zwyrodniałych jest w obu razach zupełnie odmienne. Co do mnie, nie podzielam obu tych zdań. Najpierw co do własności fizycznych. Raehlmann i Kubli utrzymują, że w okresie zwyrodnienia szklistego tkanki są sprężyste i nieprzejrzyste, w okresie zaś skrobiowatego zwyrodnienia przejrzyste i kruche, Vossius zdaje się przywiązywać wielką wagę do utworów w tkance, jak rozgotowane ziarnka sagowe wyglądających. Przypomnę tylko, że w przypadku Kamockiego tkanka była kruchą i przejrzystą, posiadała ziarnka sagowe, a jednak zwyrodnienie tylko szklistem było, że w pierwszym przypadku moim zwyrodnienie było li tylko szklistem, a jednak ziarnka sagowe również bardzo wyraźnie występowały, przeciwnie w 3 cim i 4-tym moim przypadku, chociaż oddziaływanie na istotę skrobiowatą najzupełniéj się udało, utworów sagowych wcale nie było, tkanki zaś bynajmniéj nie były ani przejrzyste, ani też kruche; że w przypadku Hippela w obrębie cząstek jak ziarnka sagowe wyglądających, oddziaływanie wcale się nie udało. Kruchość zdaje się zależeć raczéj od okoliczności, że zwyrodnieniu uległy tkanki niemal całkowicie, jak to miało miejsce w przypadkach, w których narośle olbrzymie miały wymiary (Zwingmann).

(Dokończenie nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

IV. Posiedzenie z d. 7 marca 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 24. Jako gość kol. Iwański.

1) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z powodu jubileuszu prof. Majera wysłał telegram gratulacyjny w imieniu sekcyi. Kol. Merunowicz dodaje, że Rada Zawiadowcza również wysłała adres gratulacyjny.

2) Następnie ogłasza przewodniczący przysłaną do bióra sekcyi odezwę zapraszającą do wzięcia udziału w obchodzie jubileuszowym dla Virchowa. Uchwalono przyłączyć się do tego obchodu i polecono bióru Sekcyi tem się zająć.

3) Kol. Seifman przedstawia liczne preparaty perlicy.

4) Kol. Feigel opisuje wynik nekroskopii zmarłego na gruźlicę a leczonego kochiną. Kol. Opolski opowiada przebieg choroby tegoż.

5) Kol. Ziembicki przedstawia 1) kamyk ślinowy wyjęty z przewodu Wartona. 2) chorego z rozległemi żylakami podudzia, u którego ma zamiar podwiązać *venam saphenam*, co obecnie Thiersch zaleca. 3) chorego ze znacznem stwardnieniem i zgrubieniem prącia wskutek sprawy zapalnéj.

6) Kol. Widman mówi o dyjagnostycznem znaczeniu szmerów sercowych. W dyskusyi zabierali głos koll. Prus, Rosenbusch i prelegent. *Dr. Mukowicz*, sekretarz.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Nastąpił wykład Dra Zawadzkiego z Warszawy: Wymioty nerwowe, przyczynek do ich leczenia.

Mowca odróżnia dwa główne rodzaje wymiotów: jedne, które pochodzą od zadrażnienia zakończeń nerwowych w żołądku i te występują jako odruch, drugie będące następstwem znacznego zmniejszenia pojemności żołądka. Co do leczenia, to Z. postępuje w ten sposób, że wprowadza do żołądka wielką ilość wody sodowej, którą wlewa wprost z syfonu.

Dyskusyję nad tym przedmiotem rozpoczął Dr. Rajchman zwracając uwagę prelegenta na to, że należy odróżniać zwracanie czyli regurgitacyję, w któréj powstawaniu tłocznia brzuszna nie bierze udziału, od właściwych wymiotów. Leczenie metodą Zawadzkiego może być skuteczne wobec tego, że w nerwowych wymiotach np. u histeryczek działają korzystnie, czasem nawet środki wymiotne np. *ipecacuanha*.

Dr. Dunin podaje w wątpliwość działanie metody Zawadzkiego w wymiotach nerwowych, które są zazwyczaj odruchem biorącym początek nie od zakończeń nerwowych w żołądku lecz zkąd, inąd jak to np. rzecz się ma w macicznicy. Leczenie miejscowe w przypadkach wymiotów na tle takiego odruchu lub co gorsza na tle zmian w układzie nerwowym środkowym nie ma racyi bytu.

Co się tyczy drugiej przyczyny wymiotów podanéj przez prelegenta tj. zmniejszenia objętości żołądka, to mowca nie uważa za dowiedzione, aby w przypadkach, w których przyjęcie małéj ilości płynu wywoływało wymioty, rzeczywiście takie zmniejszenie pojemności istniało. Sam widział przypadek raka, który zajmował prawie wszystkie ściany żołądka, gdzie do minimum skurczony żołądek dość dużo płynu znosił. Co do samej metody, która nie jest nową — gdyż od dawna podaje się w wymiotach uporczywych wodę sodową, wino szampańskie — to przedewszystkiem należałoby zdaniem D. zbadać, co właściwie działa, czy mechaniczne rozszerzanie żołądka, czy obecność CO_2. D. przypisuje korzystny wpływ tego środka jedynie sugestyi.

Dr. Biegański również przypisuje działanie powyższéj metody wpływowi psychicznemu po wprowadzeniu zgłębnika, gdyż małe parcie, jakie wywiera CO_2 na ściany żołądka żadną miarą nie może wpływać na wymioty.

Innego zdania jest prof. Gluziński, który sądzi, że jakkolwiek wymioty lub zwracania nerwowe są sprawą centralną lub odruchową z narządów odleglejszych, przecież obok leczenia ogólnego zaniedbywać nie należy zabiegów leczniczych miejscowych. Jako przykład cytuje mowca udar mózgowy, w przebiegu którego przecież leczenie nasze kierować się musi na obwodowe narządy porażone. Leczenie miejscowe żołądka tem bardziej jest wskazane w tych rodzajach wymiotów nerwowych, które są połączone z nadmierną wydzieliną (*gastroxynsis* Rosenbach), gdzie to nadmierne wydzielanie jakkolwiek jest pochodzenia centralnego koniecznie zapomocą środków miejscowych pokonywać trzeba. Jakkolwiek więc wytłomaczenie działania metody prelegenta jest wątpliwe, to jednak nie zawadzi próbować jej obok leczenia ogólnego.

Prof. Korczyński zestawia pokrótce rodzaje wymiotów nerwowych. W wywodzie swym zwraca uwagę na konieczność ścisłego badania chemizmu i mechanizmu trawienia w każdym przypadku, gdyż nieraz zdarza się, że wymioty, które uważamy za nerwowe, mają swą przyczynę w zmianach anatomicznych lub czynnościowych żołądka. Są to wymioty odruchowe wychodzące z zakończeń nerwowych żołądka. Zabiegi lecznicze — jak zawsze — koniecznie należy zastosować do przyczyny cierpienia. I tak w wymiotach ściśle nerwowych bez zmian w żołądku, leczenie skierować należy na układ nerwowy, na ogólne odżywienie; w histeryi ogromny wpływ wywiera sugestyja. W wymiotach odruchowych, należy całą uwagę zwrócić na narząd,

z którego odruch wychodzi. Wreszcie w przypadkach, w których istnieje zboczenie bądź anatomiczne bądź też tylko czynnościowe w samym żołądku, na to cierpienie przedewszystkiem środkami leczniczemi wpływać należy. Tu wylicza mowca wskazania lecznicze w głównych rodzajach chorób żołądka tj. w połączonych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego i w łączących się z niedomogą wydzielniczą, i wreszcie w niedomodze ruchowej, która także pociągnąć za sobą może wymioty. Zabieg leczniczy Dra Zawadzkiego może znaleść zastosowanie w niektórych przypadkach wymiotów, lecz środkiem ogólnym, leczącym wymioty nerwowe nazwać go nie można.

Następny z kolei wykład Dra Buzdygana i Prof. Gluzińskiego p. t: „Zachowanie się czynności żołądka w różnych postaciach niedokrewności a w szczególności w błednicy“ będzie umieszczony w Przeglądzie Lekarskim i dlatego treści tu nie podajemy.

IV wykład Dra Rajchmana z Warszawy „O powstaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowéj *(cholelithiasis)*. Za okoliczności etyjologiczne kamicy żółciowéj uważa R. przedewszystkiem dyjatezę ustrojową, polegającą prawdopodobnie na zboczeniu w przemianie materyi będą bądź dziedziczną, bądź też przez odpowiedni tryb życia nabytą, powtóre zaś mogą przyczynić się do powstawania kamieni żółciowych wszelkie zmiany utrudniające odpływ żółci z przewodów. Co do objawów, podnosi prelegent bardzo częste pojawianie się gastralgii i enteralgii w przebiegu kamicy. Odróżnić napad gastralgii od kolki wątrobowéj można po umiejscowieniu bólu i po tem, że w czasie napadu kolki występuje żółtaczka, pojawiają się barwiki żółciowe w moczu, a po napadzie wydalają się czasem z kałem kamyki; tego wszystkiego w gastralgii występującéj w przebiegu kamicy nie spotykamy. Natomiast rozpoznanie, czy gastralgija i enteralgija są na tle kamicy, nie jest rzeczą łatwą. Anamneza, pojawianie się od czasu do czasu kamyków w stolcach, wykluczenie sokotoku żołądka, wrzodu okrągłego, robaków, wiądu rdzenia mogą ułatwić rozpoznanie. Jako następstwa kamicy wylicza R. rozstrzeń żołądka wywołaną przez zrosty sprawiające zwężenie odźwiernika lub dwunastnicy, i przetoki żołądkowo pęcherzykowe.

Leczenie radykalne jest niemożebne. Najlepsze rezultaty osiąga się zapomocą dyjety przeważnie mlecznej i przez stosowanie wód alkalicznych, jak wody karlsbadzkiéj, Vichy, środków przeczyszczających, oliwy, salicylanu sodowego i przepłukiwania jelit. Ważnem jest leczenie zdążające do wywarcia wpływu na przemianę materyi, a w przypadkach dużych kamieni wskazane są zabiegi chirurgiczne. (C. d. n.).

Dyskusyję rozpoczął prof. Korczyński podnosząc trudności, jakie kamica żółciowa nastręcza rozpoznaniu i wskazując, jak często się zdarza, że choroba ta przedstawia obraz podobny do zimnicy, kamicy nerkowej i t. p., albo że znajdujemy przy sekcyi kamyki żółciowe, które za życia żadnych objawów nie wywoływały. To też jedynym pewnym objawem kamicy żółciowej jest pojawianie się kamieni w kale. Dlatego dziwnem się wydaje, że Dr. Reichmann uważa gastralgiję za objaw towarzyszący kamicy. Bo jeżeli kamyków w kale nie ma, to przyczyny gastralgii poznać nie możemy, jeżeli zaś kamyki znajdujemy w kale, to t. z. „kurcz żołądka“ uważać możemy za kolkę żółciową. Wiadomo bowiem, że ból występujący w kolce żółciowej rozpromienia się tak, że o umiejscowieniu się bólu, które Dr. Rajchman uważa jako objaw, który ma służyć do rozróżnienia kolki żółciowéj od gastralgii, mowy być nie może. Na dowód przytacza mowca okoliczność, że nierzadko w zapaleniu opłucny chory wskazuje na ból po stronie zdrowéj. Podobnie jak umiejscowienie, i charakter bólu jako rzecz bardzo względna i nieuchwytna nie może rozstrzygać. Wreszcie brak żółtaczki także nie dowodzi, że mamy do czynienia z „kurczem żołądka“, albowiem kamienie mogą się znajdować w woreczku żółciowym lub w jego przewodzie i ztąd wywołać kolkę, a przecież odpływ żółci z wątroby do jelit może być nieprzerwany, a tem samem nie ma powodu do wystąpienia żółtaczki. Oto przyczyny, dlaczego przyjęcie nowej postaci chorobowéj, mającej występować w przebiegu kamicy żółciowej nie jest dostatecznie uzasadnione, a natomiast przypuszcza mowca, że ta nowa postać chorobowa jest tylko kolką żółciową, w której ból się rozpromienia. W przemówieniu tem zapytuje prof. Korczyński prelegenta, czy przez „kurcz żołądka“ rozumie gastralgiję w zwykłem znaczeniu, czy też kurcz rzeczywisty błony mięsnej żołądka.

Dr Rajchman w odpowiedzi powołuje się na te okoliczności, które w wykładzie swym przytoczył i za pomocą których starał się rozróżnić gastralgiję od kolki żółciowej. Czy ból w okolicy żołądka jest następstwem skurczu mięśni żołądka, drogą odruchową wywołanego, rozstrzygnąć mowca nie może, jakkolwiek możebność takiego powstawania nie jest wykluczoną, jak tego dowodzą doświadczenia.

Dr. Dunin zwraca uwagę na częste występowanie dziedziczne kamicy żółciowej i na podstawie swych spostrzeżeń zalicza ją do grupy chorób konstytucyjonalnych. Zgadza się z zapatrywaniem prof. Korczyńskiego co do trudności rozpoznania i co do znaczenia gastralgii w przebiegu kamicy żółciowej; na potwierdzenie zaś tego przytacza występowanie napadowe bólów w tej chorobie, co się nie zdarza w obec bólów, mających swą siedzibę w żołądku. Dość częstym objawem towarzyszącym napadowi jest gorączka, prawdopodobnie następstwo ropienia w przewodach żółciowych; czasem kamienie są przyczyną niedrożności jelit, kończącéj się nieraz śmiercią Jako jedyne skuteczne leczenie uważa mowca stosowanie morfiny, którą w ostatnich czasach podawał razem z antipiryną.

Prof. Korczyński zwraca dodatkowo uwagę na objaw będący wyrazem dążności przechodzenia kamieni żółciowych, a polegający na wystąpieniu nagłem bólu w okolicy wątroby połączonego z napięciem pęcherzyka żółciowego. Po takim napadzie nie zawsze kamyki odchodzą, lecz dzieje się to czasem po miesiącach lub latach. Jestto tak zwane wrzekome przechodzenie kamyków żółciowych.

Dr. Sokołowski na podstawie własnych spostrzeżeń znajduje analogiję między gastralgiją, występującą w przebiegu kamicy żółciowéj a gastralgiją, która się pojawia wobec kamieni nerkowych, a którą mowca uważa za następstwo zboczeń w przemianie materyi. Co do leczenia, to stosował z pomyślnym skutkiem kalomel w dawce dziennej 0·30.

Dr. Paszkowski kładzie nacisk na występowanie gorączki w czasie napadów kolki żółciowej, jako objaw bardzo ważny wobec trudności w rozpoznawaniu. Radzi także stosować morfinę, ale w niektórych przypadkach bez podawania środków przeczyszczających, z których bardzo dobrym jest kalomel.

Dr. Biegański cytując różne przykłady, dowodzi, że gastralgija polega rzeczywiście tylko na rozpromienianiu się bólu. Gorączka, będąca prawdopodobnie objawem odruchowym, wywołanym przechodzeniem kamyków przez przewody żółciowe, rozstrzyga zdaniem mowcy o rozpoznaniu.

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie I, dnia 17 lipca 1891 po południu.

Przewodniczącym na I. posiedzenie wybrano prof. Kosińskiego z Warszawy, jego zastępcą Dra Dembowskiego, sekretarzem Dra Wachholza.

I. wykład. Prof. Obaliński: Przyczynek do rozróżnień guzów jamy brzusznéj.

Prelegent powołuje się na przypadek opisany przez siebie na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich, w którym rozpoznano przed operacyją torbiel jajnika, a podczas operacyi przyszedł prof. O. do przekonania, że ma do czynienia z hydronefrozą. Otóż badanie anatomo-patologiczne uskutecznione przez prof. Browicza doprowadziło do wniosku, że guz ten nie jest wodonerczem, lecz torbielem zaotrzewnowym powstałym z resztek ciała Müllera, które nie rozwinęło się do wytworzenia nerki. Podobny przypadek opisano dopiero w najnowszych czasach. Rozpoznawanie takiego guza polega głównie na tem, że nadzwyczaj powoli rośnie, że

rzadko dochodzi do wielkich rozmiarów i rzadko sprawia dolegliwości, że treść jego jest jasna i czysta, ściany są cienkie i daje się łatwo wyłuszczyć.

W dyskusyi przytacza Dr. Ziembicki przypadek bardzo pouczający, w którym przy operacyi przedsięwziętéj z powodu guza złośliwego, przekonał się, że był to żołądek rozdęty do kolosalnych rozmiarów tak, że wypełniał całą jamę brzuszną. Przyczyną rozdęcia było zwężen e odźwiernika. Chory umarł w kilkanaście dni po oper cyi z powodu charłactwa.

Podobny przypadek podaje Dr. Steiner; w przypadku tym tak łudzącą była puchlina brzuszna, że zamierzano wykonać punkcyję. Na szczęście tego nie uskuteczniono, chory jednak po pewnym czasie umarł z wyniszczenia.

II. Dr. Dembowski: Przyczynek do chirurgii nerek.

Mowca wykonał w przypadku nerki wędrującéj nefropeksyję w ten sposób, że szew przeprowadził nietylko przez *capsula adiposa* lecz i przez *caps. fibrosa*, a nawet przez miąższ nerkowy. Przez długi czas rezultat był bardzo dobry, późniéj jednak silne bóle, które pierwotnie trapiły chorego, powróciły, a przy badaniu prelegent przekonał się, że dolny koniec nerki stał się znowu ruchomym; wskutek tego stracił zaufanie do tego nowego sposobu operowania.

W dyskusyi zabiera głos prof. Obaliński i na podstawie własnego doświadczenia wypowiada przekonanie, że nerkę lub śledzionę wędrującą należy bezwarunkowo wyciąć, a nie próbować ustalenia, gdyż zrosty, jakie przez przyszywanie wywołujemy, późniéj się zazwyczaj rozciągają i mogą nawet stać się przyczyną niedrożności jelit.

Innego zdania jest Dr. Schramm, który zwraca uwagę na to, że usuwanie nerki nie jest rzeczą błahą wobec tego, że skonstatowanie, czy druga nerka prawidłowo funkcyjonuje, jest — szczególnie u mężczyzn — bardzo trudne i że zrosty przecież dość długo się utrzymują w pierwotnym stanie, jak tego dowodzą znane przypadki, w których nerka przyszyta jeszcze po kilkunastu miesiącach na miejscu pozostawała.

Prof. Kosiński jest również przeciwnikiem wycinania nerki wędrującéj, jeżeli takowa nie jest zmieniona. W ogólności rzadko kiedy mowca był zmuszony do interwencyi chirurgicznéj w obec nerki wędrującej.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Dr. Beck.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 6-go sierpnia 1891. Dnia 4-go b. m. ukończyła we Lwowie obrady swoje ankieta zwołana przez Wydział krajowy w sprawie krajowych zakładów dla umysłowo chorych. Obradom przewodniczył członek Wydziału krajowego dr. Hoszard, brali zaś udział: dyrektor zakładu dla umysłowo chorych w Wiedniu dr. M. Gauster, protomedyk dr. Merunowicz, prof. dr. Blumenstok, doc. dr. Żuławski, prymaryjusze szpitalów lwowskich drowie Opolski i Edward Stella-Sawicki, posłowie dr. Włodzimierz Kozłowski i Trzecieski. Poseł dr. Kozłowski przedłożył ankiecie bogaty materyjał statystyczny, tudzież rezultaty swych podróży, w których zwiedzał i szczegółowo badał urządzenia bardzo wielu zakładów zagranicznych. Jako bezpośrednie następstwo obrad ankiety zapisujemy zarządzenie zamknięcia piwnicznych separatek w zakładzie krakowskim. Wnioski i doniosłe uwagi ankiety, których wprowadzanie w życie zreformuje nieprawidłowe pod tym względem stosunki odnoszą się nietylko do zakładu kulparkowskiego, lecz zmierzają do utworzenia nowego zakładu w zachodniéj części kraju w pobliżu Krakowa.

* **Kraków** dnia 5-go sierpnia 1891. Na zjazd higijeniczny wyjechali do Londynu: prof. dr. Pareński, fizyk miejski dr. Buszek, dyrektor budownictwa miejskiego p. Niedziałkowski i delegat Towarzystwa technicznego krakowskiego p. inżynier Serkowski. Ze Lwowa udał się do Londynu protomedyk dr. Merunowicz.

* W Mekce szerzy się cholera z dnia na dzień; także w Aleppo zdarzają się coraz częściéj przypadki śmierci z cholery. Skoro się uwzględni, że Aleppo pozostaje w ciągłéj styczności z Turcyją europejską i to tak za pośrednictwem dróg morskich jakotéż lądowych, nie jest wykluczonem niebezpieczeństwo przewleczenia zarazy do krajów Europy. Z krajów podlegających berłu austro-węgierskiemu najbardziéj zagrożoną jest Bosnia, zwłaszcza, że w liczbie 50.000 pielgrzymów bawiących obecnie w Mecce znajduje się wielu bosniaków. — Ofiarą zarazy padł już lekarz policyjny z Serajewa dr. Makowec, wysłany do Dżeddy celem badania pielgrzymów bośniackich, powracających z Mekki. Tego samego zadania podjął się obecnie rodak i współpracownik nasz, znany ze swych badań bakteryjologicznych dr. Justyn Karliński, lekarz powiatowy w Konicy w Bośnii, który udaje się do El-Dor. Nie wątpimy, że z trudnego i z ogromną odpowiedzialnością połączonego zadania wywiąże się kol. K. ku zadowoleniu całego rzec można stałego lądu Europy i że po szczęśliwym powrocie z dalekiego południa podzieli się swemi spostrzeżeniami z czytelnikami naszego pisma.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy (pozostawione już z r. 1890) do nagród z funduszu dra Walentego Koczorowskiego:

1) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych.

2) Zbadać zmiany anatomiczne w ścianach dróg odechowych w przewlekłych nieżytach.

3) Zbadać sposoby mnożenia się komórek w nowotworach patologicznych.

4) Wykazać na podstawie własnych badań: pochodzenie morfologiczne, różnice i fizyjologiczną rolę białych ciałek.

Termin do złożenia rozpraw oznaczono do dnia 31 marca 1892 roku. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagrodę 300 rubli. Rozprawy nagrodzone będą drukowane nakładem Tow. lek. warsz. najmniéj w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadsyłać należy do sekretarza stałego Tow. lek. (ul. Niecała l. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych. Do nagród zaś z fundacyi dra Adama Helbicha (po 150 rubli) tematy:

1) O ile jest uzasadnionem stosowanie kąpieli i wód siarczanych podczas specyficznego leczenia kiłą dotkniętych?

2) Wpływ mleka i jego przetworów na kwasotę moczu (z ilościowem oznaczeniem mocznika, kwasu moczowego itd.).

3) Czy i o ile słusznem jest twierdzenie nowszych badaczów włoskich (Lucatello, Griffini, Maragliano), że krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż one się znajdują w obfitości w wysiękach w téj chorobie.

4) Na podstawie badania własności chemicznych i fizyjologicznych soku żołądkowego określić, czy i o ile faradyzacyja brzucha działając na ruchową czynność żołądka wpływa zarazem na jego chemizm.

5) Zbadać na zwierzętach działanie środka Kocha pod względem immunizacyi i znaczenia leczniczego.

6) Zbadać na podstawie anatomicznéj i klinicznéj kwestyję tak zwanéj enteroptozy Gierarda.

Termin do złożenia tych (ostatnich sześciu) rozpraw oznacza się do 31 marca 1894 roku.

* Dr. Weissenberg zawiadamia nas, że wbrew pogłosce rozszerzonéj przez pewne pisma lekarskie, praktykuje jak dawniéj w Kołobrzegu. Dr. W. jest tamże kierownikiem lekarskim zakładu solankowego i szpitala miejscowego.

* Do d. 26 lipca było w Rymanowie gości 926; w Krynicy do d. 27 lipca 2741 osób; w Truskawcu do 25 lipca 784 osób; w Szczawnicy do d. 31 lipca 2246; w Cieplicach czeskich do 28 lipca osób 4681.

* W tygodniu 29-ym (od 19—25 lipca) było w Krakowie małżeństw 9, urodzin 48, skonów 38; z tych z gruźlicy 9, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 4, z dławca i płonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Zwyczajny prof. uniwersytetu niemieckiego w Pradze dr. Józef M a s c h k a otrzymał z powodu przeniesienia w stan spoczynku tytuł radcy dworu. Tak więc zasłużony profesor medycyny sądowéj i jeden z najwybitniejszych lekarzy sądowych w Austryi kończy swoją działalność nauczycielską. Katedrę medycyny sądowéj obejmuje dotychczasowy asystent prof. Hofmanna i docent uniw. wiedeńskiego dr. Arnold P a l t a u f, mianowany profesorem nadzwyczajnym w uniwersytecie niemieckim w Pradze. — **Berlin.** Dr. R u b n e r z Marburga powołany został na katedrę higijeny; prof. Robert K o c h został bowiem zamianowany dyrektorem zakładu dla chorób zakaźnych. — **Lipsk.** Drowie H i s i R o m b e r g asystenci prof. Curschmana habilitowali się jako docenci do chorób wewnętrznych.

* **Wiadomości osobowe.** C. i k. lekarz pułkowy dr. Wilhelm Strzechowski przeniesiony został do szpitala garn. Nr. 26, dr. Władysław Leszczyński do 77-go pułku pieszego; dr. Teodor Bohosiewicz do szpitala garn. Nr. 6; dr. Seweryn Eisenberg do 89 pułku pieszego.

* **Nekrologija.** W Monachijum zmarł dr. Alojzy M a r t i n, od roku 1840 profesor medycyny sądowej. Zmarły liczył lat 73.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 15 Sierpnia 1891. Nr. 33.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rs.**	**w Niemczech 14 mk.**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do leczenia tętniaków.

Podał
Dr. Ziembicki,
prymaryjusz szpitala powszechnego we Lwowie.

Kwestyja leczenia tętniaków jest ciągle jeszcze na porządku dziennym, i stanowiła jedno z pytań głównych na ostatnim zjeździe chirurgów w Paryżu. Zauważyć także należy, że w kraju naszym spotykamy się z tętniakami dość rzadko, skoro n. p. przy olbrzymim materyjale oddziału chirurgicznego we Lwowie, w przeciągu lat ośmiu, obserwowałem ledwo trzy przypadki tętniaków na przeszło 20.000 chorych. Uznałem zatem za stosowne przedstawić Panom dwóch chorych leczonych przezemnie w roku bieżącym, i z powodu odmiennej metody zastosowanej u każdego z nich, zastanowić się nad najlepszym sposobem rozwiązania zadania, które często chirurgowi niemałe stawia trudności.

Pierwszy mój chory, J. Jawety, którego Panowie widzicie przed sobą, jest to młody człowiek, niemający jeszcze lat 25. Podczas służby wojskowej, a więc przed trzema laty, poczuł pierwsze dolegliwości w kolanie prawem, bolesność, pulsowanie, szczególnie klęcząc wśród ćwiczeń. Najwięcej dokuczyły mu manewry w lecie 1889 r., a osłabienie nogi i zmęczenie ogólne pod wieczór stawały się nader wybitnemi; jednak po wypoczynku nocnym był w stanie służbę swą dalej pełnić. Chociaż kilkakrotnie się zgłaszał jako chory, lekarze wojskowi uznawali go zawsze za zupełnie zdrowego. Wróciwszy z wojska, zauważył w zimie 1889—90 r. guz pulsujący pod kolanem, który powoli rosnąc, posuwał się ku dolnej i wewnętrznej stronie prawego uda. Niemogąc dalej pracować, wstąpił do szpitala lwowskiego 11 czerwca 1890 roku.

Badanie wykazuje *aneurysma arteriae popliteae dextrae*, wielkości gęsiego jaja, dosyć odgraniczone, przy dotyku miernie bolesne, pulsujące mocno. Ucisk na tętnicę udową pulsacyję wstrzymuje, jednak nie zmniejsza objętości guza, kolano jest zgięte pod kątem otwartym tak, że chodzenie bez laski jest niemożliwe. Innerwacyja i ciepłota kończyny niezmienione, ale chory ma poczucie bólu, cierpnienia i niedowładu.

Pod względem etyjologicznym wywiady i badanie dają rezultat ujemny. Chory nie doznał żadnego urazu, nie przebywał ani kiły ani reumatyzmu, tętnice wydają się zupełnie prawidłowe, niema śladu zmian miażdżycowych; serce jest zupełnie zdrowe. Nie można więc mieć na myśli tego rodzaju tętniaków, który, jak to wykazali Ponfick i Eppinger, powstaje na tle embolii mikroparazytycznych.

Jesteśmy więc wobec wyjątkowego przypadku tętniaka u człowieka młodego, dość silnie zbudowanego i nie wiemy, z jakiego powodu tętniak ten powstał.

Nie mogę tutaj omawiać wszystkich metod leczenia tętniaków. Liczba ich jest spora, co najlepiej dowodzi, jak często zawodzą; w dzisiejszym stanie chirurgii, kwestyja zdaje się bliższą rozstrzygnięcia i wybór mniej trudnym. Z góry więc zaznaczam, że mam na myśli metodę, która usuwa chorobę doszczętnie, za pomocą ekstyrpacyi. Jednak zabieg to trudny, wielki, i chociaż przekonanie ma się głębokie o jego wyższości, to przecież prawie niepodobnem jest uciekać się do niego odrazu, z pominięciem metod, że tak powiem, więcej konserwatywnych, jakiemi są uciskanie lub podwiązanie doprowadzających tętnic. Billroth stanowczo poleca zawsze od takowych zaczynać. A jednak bardzo pouczająca i dokładna statystystyka Delbeta z ostatnich już czasów, wykazuje, że leczenie tętniaków metodycznem uciskaniem, nie dało zbyt świetnych wyników. Na 213 przypadków, wyleczono 110 czyli tylko 51.5%. U 87 chorych, czyli 40.6% stan pozostał niezmieniony, a 16 razy zabieg okazał się wręcz szkodliwym, lub zgubnym. Więc nie obiecując sobie zbyt wiele zacząłem stosować najsamprzód metodę ucisku sposobem Reida, opaską Esmarcha. Skutek był ten, że pulsacyje nie ustały, ale natomiast obrzęk znacznie się powię-

kszył, i *aneurysma verum* w naszych oczach przemieniło się w *aneurysma spurium*: pękła widocznie ściana tętniaka.

Zadanie stawało się trudniejszem z dniem każdym, bo w obecnych warunkach sądziłem, że ekstyrpacyja tętniaka jest niewykonalną. Przy ogromnem powiększeniu się tumoru, mogłem łatwo być zmuszonym przy wycinaniu zakładać zbyt nisko dolną podwiązkę, na truncus peroneotibialis, lub nawet na tętnicy tibialis antica, co mogło przyprawić chorego o zgorzel odnogi lub śmierć.

Rad nierad, musiałem więc obrać drogę inną, i zdecydowałem się podwiązać tętnicę udową, powyżej tętniaka. — Lecz i z tą metodą nie stoimy na gruncie pewnym; zdania są nadzwyczaj podzielone w jakiej wysokości wypada tętnicę podwiązać, a spór się toczy od roku 1710. Wtedy to Anel, chirurg włoski, wykonał podwiązanie tuż nad tętniakiem, wykluczając wszelkie gałązki tętnicze między podwiązką a workiem. Metoda ta, do dziś dnia wogóle uważaną jest za najlepszą. Przeciwnie Hunter wiązał znacznie wyżej, dopuszczając istnienie krążenia pobocznego między tętniakiem a podwiązką.

Niedawno obrady w Towarzystwie chirurgów w Londynie uwydatniły różnice te dziś jeszcze krzyczące tak dalece, że dr. Pollock przemawiał za tem, aby w razie tętniaka tętnicy kolanowej, podwiązkę zakładać jak najwyżej, mianowicie aż do *arteria iliaca externa*. Badania bowiem Savoryogo, a dawniejsze także profesora Broca wykazały, że na 17 przypadków podwiązania tętnicy udowej 15 razy światło tętnicy nie było skrzepem zatkane.

Co do mego chorego, postanowiłem zastosować metodę Anela, i podwiązać tętnicę udową tuż nad samym tętniakiem, uważając, że sposób ten najwięcej zabezpiecza przeciwko powrotowi krążenia w tętniaku, a zatem najmniej naraża na recydywę. Wypadało na każdy sposób obliczyć szanse chorego. W tej mierze oświecić mogło badanie statystyk. Statystyka Norris-Broca odnosząca się do czasów przedantyseptycznych, podaje na 156 podwiązań tętnicy udowej z powodu *aneurysma art. popliteae*, 28 przypadków zgorzeli czyli 18%. Rezultat to fatalny. Statystyka Delbeta, pochodząca już z peryjodu antyseptyki, kiedy gojenie ran następuje *per primam*, wykazuje na 112 podwiązań tętnicy udowej przy *aneurysma popliteum*, 73 wyzdrowień (65%), 9 zgorzeli (8%), 7 krwotoków (6.2%) i 6 zropień (5.3%) zakończonych amputacyją. Wyniki są więc znacznie lepsze.

U chorego mego wykonałem więc podwiązanie tętnicy udowej metodą Anela przed trzema tygodniami. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a dziś przedstawiam Panom rezultat do ocenienia. Nie zdaje mi się, jakoby był zupełnie zadowalającym. Funkcyja kończyny jest tak samo złą, jak była przed operacyą; guz mało co się zmniejszył — jednak pulsacyje ustały. Z drugiej strony chory narażony jest jeszcze na zropienie, lub nawet zgorzel wskutek możliwego zatoru pochodzącego z skrzepów tętniaka. Być może, że z czasem wszystko się polepszy, ale metoda podobna nie może zaspokoić zupełnie tembardziej, że i recydywa wykluczoną nie jest. Powrót tętnienia w pierwszych czasach nie jest jeszcze dowodem recydywy, a Broca wykazał, że kilkudniowe krążenie częściowe w tętniaku, ułatwia osadzanie się tak zwanych skrzepów czynnych, grających główną rolę w zamknięciu ostatecznym tętniaka.

Streszczając, uznaję, że o wyniku operacyi u chorego mojego jeszcze ostatecznie sądzić nie można, ale na razie wynik dla chirurga zadowalającym nie jest, a dla chorego nie minęła jeszcze możliwość niebezpieczeństwa zgorzeli lub recydywy.

Inaczej rzecz się przedstawia z drugim chorym, Józefem Pirogiem, którego także ze Lwowa sprowadziłem, aby się z Panami doświadczeniem mojem podzielić. Jak widzicie, mężczyzna to silny, lat 33 mający, noszący prawie wzdłuż całego przebiegu tętnicy udowej prawej bliznę powstałą z operacyi.

Przed laty 9, skaleczony został scyzorykiem o jakie 6 centimetrów poniżej więzadła Pouparta. Rana się zagoiła po znacznem krwawieniu, ale od lat 4 wśród bólów i cierpienia kończyny zaczął się rozwijać guz tętniący, który nagle w przeciągu 48 godzin doszedł do ogromnych rozmiarów, równając się objętości strusiego jaja. W przypadku tym podwiązałem tętnicę powyżej i poniżej tętniaka, a cały tumor wyciąłem. Trudności jednak, jakie się napotyka w tym zabiegu, lekceważyć nie można. Mimo że wskutek podwiązania głównego pnia tętnienie ustaje, to przy dysekcyi worka natrafia się na nadmiernie rozszerzone naczynia poboczne, przed których krwawieniem tylko częściowo uchronić się można. Jest to formalnie krwawa kąpiel, a chirurg szybkością swoją musi iść na wyścigi z upływającą na wszystkie strony krwią. Znaczną część worka udało mi się jednak oddzielić; w głębi tylko część ściany pozostawiłem nietkniętą, obawiałem się bowiem nadwerężyć *Art. femor. profund.* Ogromną ranę przeważnie spoiłem, resztę workiem gazy jodoformowej wytamponowałem. W siedm tygodni później chory szpital opuścił, a dziś widzicie go Panowie całkiem wyleczonego, z władzą w kończynie zupełnie odzyskaną

Jest to wynik kompletnie świetny i stanowczy. Metoda to wprawdzie nie młoda, bo od Antyllusa pochodzi, ale era antyseptyki odmłodniła ją, zapewniając jej względną bezkarność. Delbet na 18 przypadków liczy 14 wyzdrowień, Leon Comte na 22 wyzdrowień 20. Wreszcie Bardeleben ostrzega przed zranieniem lub podwiązaniem żyły towarzyszącej tętnicy głównej. Niema wątpliwości, że nieszczęścia tego trzeba unikać jak najstaranniej, jednak niekoniecznem następstwem będzie zgorzel kończyny.

Wskutek długiego trwania tętniaka wyrobiło się w wysokim stopniu krążenie poboczne, tak w przypadkach Köhlera i Annandala, *Vena poplitea* resekowaną została w długości 4—6 centymetrów, bez żadnego złego następstwa.

U mego chorego nastąpiło także zranienie *Venae femoralis* i podwiązanie tejże, a nie pociągnęło za sobą nawet wybitniejszego obrzęku u stopy.

W leczeniu tętniaków, jestem więc za metodą radykalnego usunięcia przez wycięcie całego worka. Zostawiając worek i zadawalniając się podwiązaniem, naraża się chorego na upośledzenie funkcyi, a wreszcie na niebezpieczeństwo zgorzeli lub recydywy.

Ważny wyjątek stanowią jednak tętniaki tętnic szyjnych i mimo pięknego wyniku, jaki nam kol. Bossowski pokazuje, jestem zdania, że w tych przypadkach należy uciekać się zrazu do metodycznego uciskania.

Statystyka Norris-Broca wykazuje bowiem 32% powikłań ciężkich ze strony mózgu po podwiązaniu tych tętnic; z drugiej strony wyniki szczęśliwe wskutek zastosowania uciskania są nam znane, a najgłośniejsze między niemi, wyleczenie przez Vanzettiego dwóch tętniaków tętnicy ocznej (*Arteria ophtalmica*).

LITERATURA: Follin: Pathologie externe. T. II. — Eppinger. Archiv. f. klinische Chirurgie. T. 35, Heft 3, 1887. — Delbet. Revue de chirurgie, Nr. 7, 1888. — Savory. Lancet 1886, December 18. — Köhler. Charité-Annalen, XI Band — Leon Comte. Lyon-Médical 1885. — Congrès de Chirurgie Française 1889.

II. Kilka słów o leczeniu gorączki połogowej.

Podał
Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

Na początku tego roku, bo w Nrze 4 „Przeglądu Lekarskiego" podałem projekt leczenia połogowych zakażeń, polegający na wywołaniu zwiększonej działalności narządów gruczołowych, a mianowicie nerek, gruczołów potnych i ślinianowych, przez wprowadzenie do ustroju znacznej ilości wody i używanie podskórnych wstrzykiwań chlorku pilokarpiny. Opierając się na badaniach Bourgeta, Queirola, Sanquirica i Sahliego, wychodziłem z zasady, że przez te gruczołowe narządy jesteśmy w możności wydalić jadowite składniki z ustroju zakażonej osoby. Poźniejsze badania Brunnera i innych, wykazujące drobnoustroje w pocie i ślinach zakażonych osób, zdaje się, że przemawiają za racyonalnością takiej terapii. W ostatnich czasach i Lichtheim z Królewca podaje *per os* ze skutkiem w chorobach zakaźnych znaczne ilości płynów.

Dotychczas starano się zakażenie połogowe, jeżeli takowe nie wniknęło jeszcze zupełnie do ustroju, usuwać przez wczesne miejscowe leczenie zakaźnego ogniska, czy to przez przemywanie jamy macicznej środkami przeciwgnilnemi, czy to przez przyżeganie lub wyskrobanie błony śluzowej. Przeciw ostatniemu środkowi leczniczemu wystąpił niedawno Fritsch, gdyż zdaniem jego jest rzeczą więcej niż problematyczną, czy przez wyskrobanie błony śluzowej istotnie możemy jad zakaźny z macicy usunąć. Wyłyżeczkowanie macicy jest, jak słusznie twierdzi wrocławski ginekolog, w tych przypadkach albo zbyteczne, albo co gorsza, wprost szkodliwe.

O co powinno nam głównie chodzić przy leczeniu gorączki połogowej? — Jedynie o to, aby jad z zakażonego ustroju jak najprędzej wydostać.

Jeżeli przyjdziemy do zakażonej położnicy, to mamy wszelkie prawo a priori przypuszczać, że jad dostał się do jej ustroju jedynie przez przewód porodowy. Przez przemywanie jamy macicznej płynami przeciwgnilnemi, przez przyżeganie, wyskrobywanie itd, tak łatwo nie usuniemy jadu z macicy i słusznie Fritsch zauważył, że istotne ognisko zakaźne nie tyle może w strzępach błony doczesnej, jak raczej o wiele głębiej się znajduje.

Otóż sądzę, że jedynie racyjonalną rzeczą w takich razach jest najpierw wytamponowanie macicy gazą bez względu na to, czy gaza jest jodoformowa czy zwyczajna, byle aseptyczna. Wytamponowawszy jamę macicy, pobudzamy ją do skurczów a odnawiając gazę co dzień lub co drugi dzień wyprowadzamy przez włoskowate sączkowanie jad z zakażonego narządu w sposób jedynie racyjonalny. Ponieważ ciepło zwiększa jak wiadomo, przesączanie czyli filtracyję, przeto należałoby chorą przy leczeniu takiem w ciepłym trzymać pokoju, aby tem łatwiej i tem prędzej jad z ustroju usunąć.

Jeżeli jad zagnieździł się już na dobre w całym ustroju, wtenczas z leczeniem tem łączyćby należało wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju i użycie środków napotnych.

Mam przekonanie, że użycie gazy do wytamponowania macicy w celu wydobycia jadu z zakażonego narządu przez systematyczne sączkowanie, ciepła temperatura, otaczająca chorą, w celu zwiększenia przesączania czyli filtracyi, wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju w celu zwiększenia diurezy i większego ciśnienia w systemie krwionośnym i wreszcie używanie środków napotnych, powinny przy leczeniu zakażeń połogowych prędzej czy później znaczną odgrywać rolę jako środki dopomagające ustrojowi do uwolnienia się od zarazków i ich szkodliwych przetworów.

Kierunek ten leczniczy i przy każdej innej zakaźnej chorobie powinien mieć, jak sądzę, racyję bytu.

III. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 32.)

Nie zapominajmy znowu, że jakkolwiek w wielu przypadkach otrzymano oddziaływanie typowe zgoła we wszystkich częściach zwyrodniałych, jednak że Zwingmann w czterech przypadkach, w których tkanki pod mikroskopem wejrzenie miały zupełnie skrobiowate, oddziaływania Virchowa wcale nie otrzymał, w innych zaś dawało ono barwy znacznie odmienne od spostrzeganych przy typowem oddziaływaniu. W przypadku Mandelstamma oddziaływanie otrzymywano przeważnie w częściach głębokich. W przypadkach Rachlmanna, Porywajewa i w moim 4-tym jednakowe zupełnie utwory na przemian dawały lub nie oddziaływanie Virchowa. W ostatnim przypadku otrzymaliśmy oddziaływanie skrobiowate w naczyniach, lecz natomiast siateczka adenoidalna uległa zwyrodnieniu li tylko szklistemu. Znowu w 3-cim moim przypadku, w recydywie powstałej po usunięciu nowotworu skrobiowatego, mieliśmy typowe zwyrodnienie li tylko szkliste. Hippel w swoim przypadku, w części narośli jako recydywa powstałej, otrzymał oddziaływanie w jednem tylko miejscu. Jeśli Vossius w dwóch pierwszych swoich przypadkach otrzymał oddziaływanie we wszystkich zgoła zwyrodniałych częściach, nie może to jeszcze służyć za dowód, że części te poprzednio nie ulegały zwyrodnieniu li tylko szklistemu. Utrzymuję przeto, że prawdopodobnie zwyrodnienie ściśle skrobiowate poprzedza zwyrodnienie szkliste, jak to najpierw utrzymywał jeszcze v. Recklinghausen. Inaczej, zdaniem mojem, rzecz się ma co do okresu zwapnień i skostnień. Napotykamy je w rozmaitych okresach zwyrodnienia skrobiowatego, bynajmniej nawet nie w przypadkach o największych wymiarach narośli. W żadnym razie nie mogą one stanowić, że tak powiemy, epilogu zwyrodnienia skrobiowatego, gdyż nie tylko nie znajdowano ich wcale w przypadkach, w których sprawa najdalej była posunięta, lecz nadto w nielicznych stosunkowo przypadkach, w których spostrzeżono zwapnienia i skostnienia (2 gi i 3-ci Zwingmanna, Becker, v. Hippel, Kamocki, 1-szy i 2-gi Vossiusa i moje 4-te spostrzeżenie) w jednym przypadku (Kamockiego) mieliśmy zwapnienie przy zwyrodnieniu li tylko szklistem.

Dalej, czy istota skrobiowata stanowi wytwór komórek? Co do wątroby, wbrew poprzednim poglądom, zwłaszcza

Rokitanskyego, Virchow pierwszy wypowiedział zdanie, że zwyrodnieniu początkowo ulegają drobne tętnice i naczynia włosowate, później dopiero komórki. Wagner przeciwnie udowodnił, że komórki wątroby nigdy nie ulegają zwyrodnieniu skrobiowatemu, lecz tylko zanikowi, wskutek ciśnienia wywieranego na nie przez zwyrodniałe naczynia. Gdy następnie podniesiono jeszcze kilka głosów za czynną rolą komórek, Birch-Hirschfeld przyznał ostatecznie słuszność poglądom Wagnera.

Co się tyczy spojówki, większość badaczy również przyznawała komórkom czynną rolę w zwyrodnieniu; roli tej najkategoryczniej dowodził Raehlmann w swych obszernych pracach. Leber również chciał przyznać rolę wyłączną komórkom i w ten sposób powstała teoryja jego wytworzenia istoty skrobiowatej przez komórki, zwłaszcza olbrzymie. Lecz już Kyll nie mógł znaleść otoczek jądrowych Lebera dokoła zwyrodniałych pęczków tkanki. Zwingmann przyznaje w otoczkach Lebera oderwane resztki tkanki, lub wynik oddziaływania zapalnego części otaczających. v. Hippel, jakkolwiek pod wpływem teoryi Lebera wspomina o komórkach olbrzymich i otoczkach jądrowych, jednakże sam on, i nadto po raz pierwszy udowodnił, że złogi istoty skrobiowatej powstają w spojówce w naczyniach i tkance łącznej bez udziału komórek, nadto tkanka, zdaniem jego, bynajmniej nie skorupieje tylko, jak utrzymywał Leber, przeciwnie, co do zwyrodnienia komórek, nigdy nie mógł się upewnić. Kamocki opisując swe przypadki, wyraźnie mówi o zwyrodniałych naczyniach i siateczce, lecz wcale nie o zwyrodniałych komórkach. Następnie wszystkie późniejsze badania jednocześnie zaprzeczyły znaczeniu komórek olbrzymich, jako twórczych dla istoty skrobiowatej, nie dość na tem, najczęściej wcale ich nawet nie znajdowano. Wogóle, przypisując rolę wybitną w wytworzeniu istoty szklistej i skrobiowatej samym komórkom, jako pracowniom, poprzedni badacze zbyt ulegali teoryjom, które podówczas o powstawaniu istoty skrobiowatej panowały. Vossius pierwszy udowodnił, że nietylko przybłonek spojówki i gruczołów, lecz zarazem komórki śródbłonka i limfoidalne w całej sprawie rolę odgrywają najzupełniej bierną; przeciwnie zwyrodnieniu ulegają li tylko części istoty międzykomórkowej i ściany naczyń. Dodam tu, że Zwingmann również przyznawał możność samoistnego skrobiowatego przeistoczenia siateczki adenoidalnej (str. 159), a Raehlmann znajdował także części siateczki, które od karminu bardzo słabo się zabarwiały, chociaż nie otrzymywał w nich typowego oddziaływania. Wdzięczność wielka należy mu się również za to, że zestawił on zwyrodnienia szkliste i skrobiowate spojówki z odpowiedniemi cierpieniami innych organów, a zestawił o tyle wyczerpująco, że tu w tem miejscu nic dodać więcej nie możemy. Co się tyczy kwestyi o tem, w jaki sposób naczynia zwyrodnieniu ulegają, mogę powtórzyć tylko wraz z Vossiusem nieporównane słowa Zieglera: *„man erhält den Eindruck, als ob die Gefässwände von einer Flüssigkeit durchtränkt würden, die dann erstarrt"*. Dodam chyba, że to samo wrażenie sprawiają zwyrodniałe pęczki tkanki łącznej i przegródki siateczki adenoidalnej, przypuszczając, że badań dokonywamy na cięciach, nie zaś na sztucznie podzielonych cząstkach.

Co się tyczy zresztą naczyń, wszystkie prace poprzednie wspominają o zwyrodnieniu ich, z tą chyba różnicą, że gdy jedni utrzymują, że naczynia cierpią pierwotnie, inni są zdania, że cierpienie to jest wtórnem tylko. Jeden z badaczy (Mandelstamm) wypowiedział nawet zdanie, że samo szerzenie się sprawy stosuje się do kierunku i do rozgałęzienia naczyń krwionośnych. Co do mnie, wobec podstaw, które wyżej przytoczyłem, szczególnie w trzecim moim przypadku, chętnie przychylam się ku temu zdaniu, zwłaszcza, że nie zaprzeczają mu również wyniki przez Vossiusa otrzymane. Tak więc spostrzeżenia, które sam otrzymałem, najzupełniej zgadzają się z wynikami prac Vossiusa, z tą chyba różnicą, że co do mnie, jak wspomniałem już, pomiędzy zwyrodnieniem szklistem a skrobiowatem nie widzę żadnej innej różnicy, prócz typowego oddziaływania tkanki, które w pewnym szeregu przypadków można było spostrzegać, w innym znów nie, nie mówiąc już o tem, że w wielu razach zwyrodnieniu skrobiowatemu ulegały tylko pewne wysepki tkanki szklisto przeistoczonej.

Zatem w spojówce oka niekiedy, bez żadnego współudziału jaglicy, powstawać może znaczny bardzo rozrost tkanki adenoidalnej. Ulega mu najczęściej przeważnie część spojówki, w której znajduje się ciało brodawkowate *(corpus papillare)* (niekiedy nawet same brodawki (Vossius), a nawet wyżej nieco, bliżej fałdu przejściowego położona. Nie stanowi to jednak ogólnej zasady, gdyż w niektórych przypadkach bujanie może powstawać przeważnie w innych częściach spojówki. Nabłonek zawsze traci przytem pierwotne swe cechy, przeistaczając się w płaski, wielowarstwowy.

Jakie są bliższe powody bujania tkanki adenoidalnej, nie wiemy; to chyba powiedzieć możemy, że zjawiska zapalne, które mogłyby dowodzić znacznego podrażnienia części, występują w formie bardzo słabej, badając zaś cząstki w płynie Flemminga przechowane, nawet z recydywy wzięte, nie znaleźliśmy w nich nigdy pośredniego podziału jąder. Zwykle bujanie rozwija się wyłącznie w tkance właściwej spojówki, bywa większem lub mniejszem, lecz niekiedy w dalszym ciągu przechodzi również na chrząstkę. Naczynia krwionośne naszem zdaniem najpierw ulegają zwyrodnieniu. W grubszych tętnicach spostrzegamy zwykle w początku znaczne zgrubienie błony średniej, płaszcze szkliste lub skrobiowate ku zewnątrz naczynia otaczające, stosunkowo rzadko i później dopiero napotykamy. Zgrubienie błony średniej stanowi również okres początkowy zwyrodnienia drobniejszych tętnic. Zwyrodnienie naczyń włosowatych występuje w postaci otaczających je płaszczyków szklistych lub skrobiowatych, których powstawania nie mamy żadnych podstaw przypisywać bądź pierwocinom śródbłonka, bądź też zwyrodniałym czerwonym lub białym ciałkom krwi. Żyły w mniejszym znacznie stopniu bywają zajęte, nadto zwyrodnienie dotyczy przeważnie ich błony zewnętrznej. Dalej zwyrodnieniu ulega również siateczka tkanki adenoidalnej, przeciwnie komórki odgrywają rolę najzupełniej bierną — zanikają wskutek ciśnienia przez zwyrodniałe części przyległe wywieranego. W błonie podspojówkowej rozrostu tkanki adenoidalnej zwykle nie ma; z naczyń znajdujemy tu przeważnie tylko grubsze, które, jak powiedzieliśmy już, w daleko niższym stopniu ulegają zwyrodnieniu, natomiast napotykamy tu zwyrodniałe pęczki i włókna tkanki łącznej. Zmiany te niekiedy chrząstki również dotykają. Nadto zwyrodnieniu ulegają: gładkie włókna mięśnia powiek Müllera, własne błony gruczołów Krausego i nawet Meiboma, błony komórek tłuszczowych i nawet poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe (m. Riolana). W zwyrodnieniu tych części komórki również czynnego udziału nie przyjmują.

Komórki olbrzymie napotyka się stosunkowo w bardzo niewielu przypadkach i wogóle nie mamy żadnych podstaw przypuszczać, aby mogły one odgrywać jakąkolwiek bądź rolę w wytwarzaniu istoty szklistéj lub skrobiowatéj.

Tak zwane bryłki szkliste lub skrobiowate są to zwyrodniałe bądź naczynia krwionośne, bądź przegródki siateczki adenoidalnéj, bądź wreszcie włóknista tkanka łączna. Stosunek ich do tkanki, w któréj się znajdują, dokładnie zbadać można tylko na skrawkach, w którym to razie części te sprawiają wrażenie jakby cieczą przesiąkłe, która następnie tężeje. Przynajmniéj tak rzecz się ma w początkowych okresach, gdyż w późniejszych części zwyrodniałe oddziaływają już na otaczające jako ciałka obce, wskutek czego w niektórych razach powstają komórki olbrzymie, nadto otaczają je torebki z włóknistéj tkanki łącznéj, które znów ulegać mogą zwyrodnieniu; poprzednia budowa tkanki staje się coraz bardziéj zawiłą, a rozmaite powstałe w ten sposób formy szczegółowo opisał Zwingmann w obszernéj swéj pracy.

Jakkolwiek rozbiory chemiczne przez Rachlmanna przytoczone wykazały, że istota skrobiowata spojówki w niczem się nie różni od istoty, która w innych organach powstaje, ta jednak wielka zachodzi różnica, że zwyrodnienia spojówki ani razu nie spostrzegano u osób, u których były cierpienia wywołujące zwykle zwyrodnienie skrobiowate organów miąższowych. Zwyrodnienie spojówki jest przeciwnie sprawą zupełnie miejscową. Jakie przyczyny wywołują bujanie tkanki adenoidalnéj, nie wiemy; nie wiemy również, jakie powody wywołują późniejsze w tkance zwyrodnienie szkliste lub skrobiowate. Natomiast, jakkolwiek po usunięciu części zwyrodniałych w bardzo wielu razach następowały recydywy, częściéj jednakże usunięcie drogą operacyjną, chociażby nawet częściowe tylko, radykalnie usuwało cierpienie, przeto szklisto lub skrobiowato zwyrodniała tkanka spojówki stanowczo ulegać może przeobrażeniu wstecznemu.

Jeszcze słów parę o leczeniu. Jaki byłby przebieg, właściwie jaki byłby wynik ostateczny zwyrodnienia skrobiowatego, gdyby takowe własnemu pozostawić losowi, nie wiemy, gdyż dotychczas chorzy od dalszej obserwacyi usuwali się, lub też poddawali się operacyi. Wnosząc ze znanych przypadków, nie możemy przypuszczać, aby przeistoczenie wsteczne, w zasadzie najzupełniéj możliwe, samo przez się nastąpić mogło.

Leczenie farmaceutyczne, mianowicie przyżeganie sinym kamieniem *in substantia* lub w roztworze miało działać skutecznie, dodać wszakże muszę, że w obu przypadkach, w których środek ten stosowano, poprzednio wycięto część nowotworu, bardzo więc być może, że polepszenie bynajmniéj nie siarkanowi miedzi lecz wycięciu przypisać należy, zwłaszcza że Kubli w 2-gim swoim przypadku stosując środek ten, jakkolwiek utrzymuje, że niepodobna było nie przyznać skuteczności przyżeganiom, dodaje jednak, że objętość narośli bynajmniéj się nie zmniejszyła. Quaglino i Guaita stosowali w swym przypadku lapis, lecz bez żadnego skutku; również bez najmniejszego skutku stosowano octan ołowiu (Straehmberg i ałun). We wszystkich moich przypadkach, które poprzednio za jaglicę uchodziły, z całą werwą stosowano siny kamień przez czas względnie długi, nie przeszkodziło to jednak bynajmniéj dalszemu bujaniu tkanek. Widzimy więc, że po leczeniu farmaceutycznem nawet w początku cierpienia niczego spodziewać się nie możemy, słusznie natomiast Zwingmann (l. c. str. 178) utrzymuje, że przy leczeniu sprawy skrobiowatéj nóż jest *ultima ratio medicorum*. To też operacyjne leczenie stosowano z 43 przypadków w 41.

Operacyjne wdanie się polegało bądź na wycięciu wszystkiego, co było zwyrodniałe, bądź też na wycinaniu częściowem. Całkowicie wycięto w 17-tu razach, z tych w 6-ciu zwyrodniałe części były bardzo znacznych rozmiarów, w 11-tu przeciwnie zajmowały one stosunkowo nieznaczną część spojówki. Wyniki operacyi były następujące: zrost powiek pomiędzy sobą i z gałką oczną, zrost powieki z gałką, w innych o wiele mniéj znaczne ślady pozostały. Jak często były recydywy — powiedzieć trudno, gdyż w bardzo wielu razach chorzy usuwali się od dalszéj obserwacyi; w jednym przypadku recydywa dwakroć się nawet powtarzała. Dokładniéj o sposobie operowania trudno powiedzieć, wypadało bowiem stosować się do okoliczności, dodam chyba, że w przypadkach, w których powiek niepodobna było odwrócić, należało poprzednio rozszerzyć szparę, bądź ku zewnątrz tylko, bądź też jednocześnie ku wewnątrz. Zwyrodniałe części usuwano za pomocą noża lub nożyc Coowpera, pozostałe zaś cząstki niekiedy wyskrobywano ostrą łyżką. Wycinano wprost ze spojówki, lub też przez cięcie w skórze wykonane. Opadnięcia powiek i zrosty ich z gałką oczną wymagały następczych operacyj. Nie zważając na kruchość tkanek, krwotoki w dwóch tylko przypadkach o tyle były obfite, że wypadało uciekać się do termokauteru. Z dotychczasowych przypadków wnosić możemy, że krwotoki najbardziéj są znaczne w najpóźniejszych okresach zwyrodnienia. Przy postępowaniu przeciwgnilnem, gojenie następowało prędko i prawidłowo.

Przypadek Saemischa pierwszy zwrócił uwagę na okoliczność, że zwyrodniałe tkanki spojówki i powiek ulegać mogą przeistoczeniu wstecznemu. Saemisch mianowicie wyciął część tylko nowotworu i spostrzegł, że wkrótce po operacyi część pozostała sama przez się uległa wstecznemu rozwojowi. To też obok całkowitego usunięcia narośli uciekano się częściéj nawet do usunięcia niezupełnego, które znowuż w jednym szeregu przypadków w ten sposób stosowano, że usuwano nie całe narośle, lecz spore ich części; w innym znów szeregu przypadków usuwano z tkanki systematycznie drobne cząstki jednę po drugiéj, przez czas dłuższy. Wogóle wycinań częściowych dokonano w 24 przypadkach. Otóż z przypadków pierwszéj kategoryi recydywa nastąpiła w 3, przeciwnie o recydywie powstałéj przy systematycznem usuwaniu cząstek tkanki wzmianki w żadnym opisie nie znajdujemy. Wyniki te naturalnie mogą tylko zachęcić do stosowania częściowego wycinania, które nadto tę daje wielką korzyść, że nie sprowadza następowych zrostów powiek bądź z gałką, bądź też pomiędzy sobą, a które wymagają powtórnych operacyj, nie mówiąc już o usunięciu znacznéj części spojówki powiek, które bardzo oszpeca. Takie postępowanie jest wskazanem przez doświadczenie z dotychczas spostrzeganych przypadków powzięte. Wyłuszczenie całkowite narośli może być wskazanem chyba w przypadkach, gdy zwyrodnienie zajmuje pewną ograniczoną część spojówki, należy mieć wszakże zawsze na względzie uprzedzić powstawanie zrostów.

Nie potrzebowałbym wspominać o konieczności postępowania przeciwgnilnego, lecz zachęcają mnie do tego zapisane w kazuistyce zwyrodnienia skrobiowatego powiek 5 przypadków „następczych zapaleń“, wywołanych niezachowaniem przy

operacyi odpowiednich prawideł. Raehlmann używał początkowo dla przepłukiwania spojówki $^1/_4$% kwasu karbolowego, zauważył jednak, że ten zbyteczne podrażnienie sprawiał, zastąpił go tedy 2% rozczynem kwasu borowego. Środek ten jako najodpowiedniejszy zaleca również Kubli. Co do mnie, jestem raczéj za $^1/_{10}$% sublimatu. Przemywałem tym rozczynem tak podczas operacyi, jak i późniéj, nadto posypywałem proszkiem jodoformowym.

IV. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową

na podstawie 4057 przypadków

zestawił

Dr. Leon Wachholz,

asystent Uniw. Jagiell. i lekarz praktykujący w tymże oddziale.

(Dok. Patrz Nr. 32.)

Zamartwica (*asphyxia*) zdarzała się w przeważnéj części przypadków tuż po nastaniu właściwéj narkozy. Przyczyną jéj było najczęściéj zapadnięcie języka ku tyłowi i zatkanie wejścia do krtani, ztąd to często poprzedzał ją charczący oddech. Bardziéj zdarzała się ona już po dłuższym czasie trwania narkozy a wtedy aspiracyja śluzu wymiotowanego mogła być jéj przyczyną. Tętno zwykle w czasie jej było wyczuwalne, choć słabe, twarz najczęściéj przybierała sine zabarwienie a z żył przeciętych nawał czarnéj krwi się dobywał, co zwłaszcza przy zamartwicy w czasie operacyi wola, tak często stosunkowo występującéj na żyłach szyjnych zauważano. Zamartwicę zanotowano na 1793 przypadków 22 razy (1·2% i to 15 razy u mężczyzn, 7 razy u kobiet). Żaden z tych przypadków nie zakończył się śmiertelnie mimo, iż w niektórych stosowano sztuczne oddechanie przez kilkanaście minut. Trudności w oddechaniu wynikłe z zapadnięcia się języka i aspiracyi śluzu do krtani usuwano podnoszeniem szczęki dolnéj sposobem Heimanna lub wyciągnięciem języka ku przodowi kleszczykami Esmarcha po poprzedniem rozwarciu ust przyrządem Heistera. W przypadkach zamartwicy stosowano zawsze z początku sztuczne oddechanie przez rytmiczne ugniatanie brzucha i dolnéj części klatki piersiowéj. Podobnie jednak jak i Kappeler przyznaje, nie osiągnęliśmy nigdy tym sposobem pożądanego skutku.

Natomiast sposób Silvestra miarowo wykonywany zwłaszcza przy pomocy zlewań mocnym prądem zimnéj wody okolicy dołka podsercowego i powłok brzusznych przywracał zawsze choremu prawidłowy oddech. Ze sposobu Marschall-Halla nie robiliśmy nigdy użytku: faradyzacyi nerwów przeponowych (Duchenne-Ziemssen) próbowaliśmy raz bezskutecznie w przypadku opisanym z zejściem śmiertelnem.

Omdlenie (*synkope*) na szczęści dość rzadko występujące polega na nagłem ustaniu akcyi serca, wywołanem albo przez zniesienie pobudliwości mięśnia sercowego albo przez skurcz toniczny serca. Omdlenie to występowało u nas w chwili zupełnéj narkozy i cechowało się nagłem rozszerzeniem źrenic przedtem zwężonych, brakiem tętna, trupią bladością twarzy i brakiem oddechu. Ogółem zdarzyło się 6 razy (0·28%) mianowicie 5 razy u mężczyzn, raz u kobiety.

Gdy zamartwica występowała dla x po maksymalnéj dawce 30,0 a minimalnéj 3,0 gr. przeciętnéj 14,0 gr. dla x' po maksym. 52,0 minim. 5,0 przeciętnéj 16,0 gr. chloroformu, to omdlenie zdarzało się już przy dawce dla x maksymalnéj 13,0, minimalnéj 4,0 przeciętnéj 7·2 gr. dla x' po maks. 25,0 minim. 2,0 przeciętnéj 10,0 chloroformu. Z tych liczb wynikałoby, zwłaszcza jeśli się uwzględni, iż chorzy ci, którzy temu omdleniu ulegli, nie okazywali żadnych zboczeń w narządzie krążenia, że omdlenie nie zależy od ilości zużytego chloroformu, lecz od stopnia wysycenia jego parą powietrza wdechanego a może i od stopnia wrażliwości ustroju względem chloroformu. W przypadkach omdlenia stosowano zawsze inwersyję Nelatona, któréj istotną wartość tłómaczy doświadczalnie Richardson. Inwersyja Nelatona polega na ułożeniu chorego takiem, aby głowa jak najniższe zajęła położenie, wtedy bowiem prawa połowa serca w ułożeniu chorego głową i tułowiem w górę jest pozbawioną krwi i przez to w spoczynku będąca, krwią napowrót się wypełnia i kurczy [1]). Zastosowawszy inwersyję wykonywano równocześnie zabieg Silvestra, podczas gdy reszta asystujących nacierała prześcieradłami chorego od nóg zacząwszy postępując w górę. Również stosowano podskórnie albo eter czysty lub eter z kamforą (Camph. 2,0, aether. 20,0).

Na 6 wypadków omdlenia dwa razy tylko zaszły przypadki śmierci w przebiegu tegoż.

Na 4057 narkotyzowanych zmarło dwóch z powodu narkozy; podczas gdy jednak pierwszy wypadek zaszedł wśród objawu omdlenia (syncope), drugi jest nierozstrzygniętym.

Pierwszy dotyczył I. G. kobiety lat 60 liczącéj, u któréj rozpoznano: „*Carcinoma recti*.“

Gdy chora usnęła, wprowadzono wziernik do odbytnicy; wówczas stała się chora niespokojną, dolano więc kilka kropel chloroformu, po których wkrótce chora zbladła i oddychać przestała. Zastosowano sztuczne oddychanie metodą Sylwestra, skrapiano dołek sercowy wodą zimną, nacierano kończyny, zastrzyknięto kilka strzykawek eteru, wreszcie faradyzowano nerwy przeponowe. Czynność ratunkowa bezskuteczna trwała godzinę.

Późniéj dowiedziano się, że chora cierpiała na bicie serca i zażywała często *inf. digit*. Sekcyja stwierdziła tylko nieznaczne zmiany miażdżycowe w tętnicy głównéj.

W drugim przypadku wyłuszczono u D. S., chłopaka lat 16 liczącego guz kostny z szczęki dolnéj. Chory po dokonanym zabiegu obudził się w czasie opatrywania, lecz nagle zbladł, przestał oddychać i mimo wskrzeszeń życie zakończył. Rozpoznanie przy stole sekcyjnym dokonane brzmi: *Ostoema durum max. infer. dextrum lege artis enucleatum. Intoxicatio c. chloroformio*. Z protokołu sekcyjnego dowiadujemy się: „mięśnie wiotkie i niedokrewne. Mózg również niedokrewny. Grasica znacznie rozwinięta waży 22 gr. Płuca w częściach dolnych przekrwione, barwy ciemno wiśniowéj, zalewają się na przekroju cieczą jasną pienistą (*oedema pulm.*) Prawa komórka serca rozszerzona, mięsień blady. Krew płynna z wonią wybitną chloroformu. Narządy gruczołowe blade, niedokrewne, jelita nieżytem przewłocznym dotknięte.“

Za przyczynę śmierci z chloroformu przyjmują jedni autorowie ustanie czynności w ośrodkach ekscytomotorycznych pod wpływem środków znieczulających, w następstwie czego ustać musi oddychanie i krążenie. Według tego tłómaczenia środki znieczulające działają wprost na centralny

---

[1]) Richardson. *Brit. med. Journal*. 1874.

narząd nerwowy. Inne teoryje przyjmują pośrednie działanie na tkankę nerwową za przyczynę n. p. niedokładne utlenienie jej z powodu zastoju w naczyniach włosowatych, lub z powodu braku tlenu we krwi połączonéj z parami środka znieczulającego [1]). Hueter przyjmuje za przyczynę tak zwaną przez siebie „*stasis globulosa*“ polegającą na utrudnieniu krążenia w naczyniach włosowatych z powodu zmian w kształcie ciałek czerwonych krwi [2]). Sanson [3]) uważa śmierć z chloroformu za następstwo albo omdlenia (*synkope*) albo zamartwicę (*asphyxia*) albo nekremii, przez którą rozumie wadliwą mięszaninę krwi krążącéj, osłabiającéj serce i znoszącéj pobudliwość ośrodków nerwowych [4]).

Richardson [5]) przyjmuje cztery rodzaje śmierci z chloroformu: 1) śmierć przez omdlenie z bezdechem; tu chloroform w drodze odruchu wywołuje bezdech, a w następstwie przekrwienie żylne, zadrażnienie ośrodków nerwu błędnego bezwodnikiem kwasu węglowego i ztąd ustanie akcyi serca. Śmierć nastaje zaraz z początku narkozy po kilku pierwszych wdechach. 2) Śmierć z powodu omdlenia i drgawek epileptoidalnych — tu przez zadrażnienie nerwu spółczulnego, kurczów tonicznych mięśni i naczyń, prawe serce jest krwią nadmiernie wypełnione. 3) Śmierć z porażenia serca w czasie gdy skutkiem narkozy mięśnie uległy zwiotczeniu. 4) Śmierć skutkiem wstrząsu wywołanego chloroformem i ciężkiemi zabiegami.

Drugi nasz przypadek tłómaczę sobie według Richardsona podciągając go pod czwarty rodzaj śmierci z chloroformu, a to z powodów: Chory przetrzymał zabieg ciężki, jeśli się uwzględni, iż twardy i wielki kostniak trzeba było wyłuszczyć do szczęki. Chory się już obudził nawet słów kilka do opatrujących przemówił, nagle zbladł, przestał oddychać i zmarł mimo zabiegów ratunkowych. Tak zamartwicę jak i omdlenie wykluczyć tu musimy, te bowiem zdarzają się w ciągu narkozy, pozostaje więc tylko shok wywołany zabiegiem samym i chloroformem jako jedyna przyczyna śmierci.

Według naszéj statystyki wypada jeden przypadek śmierci z chloroformu na 2024 narkoz.

Jeśli ogólnie obliczono na 10,000 narkoz chloroformowych jeden przypadek śmierci, to trzeba się zgodzić ze zdaniem Huetera i Lossena [6]), że przyczyną tego jest obawa wielu lekarzy przed ogłaszaniem nieszczęśliwych skutków narkozy. Statystyka niemiecka gdzie na sześć do siedm tysięcy narkotyzowanych jeden życiem narkozę przypłaca, statystyka Francyi gdzie znowu jeden przypadek śmierci na 5200 narkoz liczą, nie może wchodzić w porównanie z naszą, jest ona bowiem statystyką krajów. Jeśli jednak zajrzymy do statystyk szpitalów amerykańskich, gdzie oddzielni lekarze samą narkozą tylko się zajmują, widzimy, że tam jeden przypadek śmierci nawet na 1250 narkoz wypada. [7]) Nasza statystyka zatem nie jest jeszcze rozpaczliwą, natomiast jest rzetelną.

Do niemiłych i niebezpiecznych przypadłości w czasie narkozy należą w y m i o t y. Wymioty należą do częstych przypadłości narkozy i zdarzają się najczęściéj pod koniec narkozy, rzadziéj z początku, gdy chory niezupełnie jeszcze przytomność utracił, najrzadziéj w czasie pełnéj narkozy. Z chwilą wymiotów rozszerzają się źrenice chorego i przytomność często częściowo powraca. Téj ostatniéj okoliczności zawdzięczamy rzadkość przypadków uduszenia się treścią wymiotowaną do dróg oddechowych aspirowaną.

Na 1793 narkoz zdarzyły się wymioty w czasie tejże 285 razy (15%). W jednym przypadku ponawiały się siedm razy, w dwóch innych znowu mimo, iż chorych przychodnich dotyczą, którzy przyznali, że przed narkozą jedli, wcale się nie pojawiły. Ruchy wymiotne w czasie narkozy zdarzyły się 62 razy (3%).

W jednym przypadku stały się wymioty przyczyną śmierci: L. S. lat 40 mężczyzna przybył na oddział, gdzie rozpoznano: *Hernia ea bissac, altera inguinalis libera, altera subperinealis incarcerata.* Chory okazywał mocny zapad; tętno częste, drobne, ból znaczny, brzuch mocno wzdęty, a na jego powłokach dokładnie dają się spostrzegać ruchy robaczkowe jelit, wymioty kałowe. W narkozie wystąpiła duszność, sinica i kaszel z powodu aspiracyi treści kałowéj wymiotowanéj. Chory w dwie godziny po operacyi mimo 30 baniek suchych, pięciu strzykawek eteru podskórnie podanego wśród objawów duszności i sinicy zmarł. Od sekcyi uwolniono.

Wymioty jako przyczynę nagłéj śmierci przy przepuklinach opisał pierwszy Küster. [1]) W przypadku swoim uważa Küster za bezpośrednią przyczynę wymiotów wpychanie mas kałowych do jamy brzusznéj przy odprowadzeniu pętli jelita uwięzgniętego, przez co ucisk śródbrzuszny tak się wzmaga, że treść pokarmowa z żołądka przechodzi do połyku a ztąd do krtani i dalszych dróg oddechowych. Ztąd to radzi, aby we wszystkich przypadkach znacznych przepuklin uwięzniętych przed zabiegiem dokładnie przepłukać żołądek, w ten zatem sposób odprowadzenie jelit ułatwić, aspiracyi treści żołądka zapobiedz.

Z przypadłości po ukończonéj narkozie występujących wspomnieć mi należy o następujących:

P o b u d z e n i e znacznego stopnia wydarzyło się trzykrotnie: Pierwsze dotyczy I. S. mężczyzny lat 26 liczącego, cierpiącego na *lymphomata tuberc. ambilat.* Po ukończeniu narkozy $\left(\frac{15 + 26}{5 + 45}\right)$ znajdywał się chory jakby w stanie hypnozy, obok znacznego podniecenia. Obudziwszy się bowiem liczył jak to mu kazano przy początku. Pomimo wzbraniania mu tego liczył daléj na kopy wreszcie na jakiekolwiek podane mu nazwy zwierząt lub przedmiotów. Stan ten trwał przez trzy godziny bez przestanku. Potem usnął a obudziwszy się, nie pamiętał o niczem. Drugi przypadek odznaczał się wesołem rozstrojeniem umysłu — chory śpiewał różne ludowe pieśni — z otrzeźwieniem się zupełnem istniała zupełna niepamięć co do zachowania się jego po narkozie.

Trzeci przypadek, nadzwyczaj ciekawy odnosił się do K. Z., mężczyzny w sile wieku, inteligentnego, małomównego, o lichem odżywieniu. Zabieg podjęto u niego z powodu *abscessus frigid. in reg. lumb. sin.* w narkozie zapisanéj $\frac{40 + 3 + 4}{6 + 10}$ ctg. *cocaini mur.* Po przepudzeniu uległ chory maniakalnemu pobudzeniu. Bieg myśli nadmiernie był szybki, wystąpiło poczucie olbrzymiéj zdolności, geniuszu co do

[1]) Narkozę zapisano $\frac{5 + 30}{4 + 52}$ *syncope, mors.* — [2]) [4]) [5]) Koppeler: *Anaesthethica. Deutsche Chirurgie.* — [3]) [6]) Hueter-Lossens. *Chirurgie I. Band. Zweite Haelfte.* — [7]) Koppeler. *Ueber die Methoden der Chloroformirung. Langenbeck's Archiv.*

[1]) *Centralblatt für Chirurgie.* R. 1890 Nr. 36.

własnéj osoby i odpowiednie temu wyniosłe i pogardliwe traktowanie otaczających go lekarzy. Stan ten miał trwać według podania lekarza, który się nim opiekował, przeszło godzinę, poczem nastąpiło osłabienie, zapad i sen. Zupełna niepamięć zajść po narkozie.

W ostatnim tym przypadku należy odnieść to maniakalne pobudzenie raczéj do działania kokainy niż chloroformu; już bowiem Dombrowski z Petersburga [1]) wspomina o podobnych nerwowych objawach po zastosowaniu kokainy celem wywołania miejscowego znieczulenia.

Podwyższenie niezwykłe ciepłoty po narkozie zauważyliśmy w jednym przypadku:

I. M. mężczyzna lat 30 liczący, dotknięty gruźlicą stawów, ropniem opadowym, był narkozytowanym czterokrotnie. Pierwszy raz dla wykonania *„arthrectomiae genus“* zapisano narkozę $\frac{10+30}{8+75}$, w dziewięć miesięcy potem dla wykonania resekcyi tegoż kolana $\frac{18+42}{10+50}$. Po roku narkotyzowano go $\left(\frac{8+2}{4+3}\right)$ celem otwarcia ropnia opadowego, a w dziewięć dni potem celem resekcyi stawu ramieniowego $\left(\frac{7+0\cdot01\ \textit{mur. morph.}+30}{5+42}\right)$. Za trzema pierwszemi razami dochodziła ciepłota ciała pod wieczór po operacyi do 40° C. Ostatnim razem wynosiła ciepłota pod wieczór po operacyi 38·6, o północy 39·4, a na drugi dzień rano 38·9, poczem opadła do normy. Chory ten nigdy przedtem nie gorączkował i za każdym razem nie dłużéj jak 24 godzin, malaryi nie przebywał; rany zaś po operacyjne goiły się dobrze, bez wydzieliny. Przypadek ten ciekawy trudnym jest do wytłómaczenia. W literaturze dawniejszéj i obecnéj nie zdarzyło mi się spotkać z podobnym. Przypuścić tu należy jedynie zadziałanie chloroformu na ośrodki regulujące utratę ciepła.

W y m i o t y po narkozie w przeciągu pierwszej doby występowały 72 razy na 206 obserwowanych chorych (35%). Ponawiały się kilka razy, u jednéj kobiety 26 razy w ciągu doby, poczem ustały. Celem powstrzymania ich stosowano wodę sodową i wyskok. Kobiety okazały się w tych przypadkach do wymiotów skłonniejszemi od mężczyzn.

W końcu chcę kilka uwag poświęcić przyrządowi skombinowanemu do narkozy, który podał w b. r. Wiskemann.[1]) Przy pomocy przyrządu tego dokonaliśmy do dnia 1 kwietnia b. r. 105 narkoz.

Maska Esmarcha jakkolwiek jest poręczną, w miarę jednak wlewania chloroformu na nią, chory wdecha powietrze nierównomiernie parami nasycone. Ilość chloroformu użyta jest wielką, bo część jego ku wolnéj powierzchni parując bezużytecznie ginie. Maska ta będąc z materyjału miękiego nasiąka łatwo krwią i płynami antyseptycznemi n. p. przy operacyjach na twarzy dokonywanych a wówczas chloroform już na niéj się nie trzyma i ścieka. Mimo najostrożniejszego polewania chloroformem téj maski, przecież on wywołuje wypryski na twarzy w miejscach, gdzie się twarzy dotyka. Stądto od dawna starano się utworzyć przyrząd, w którymby chloroform równomiernie w parę się zamieniał i łącznie z powietrzem przez odpowiednie urządzenie do maski twardéj się dostawał. Na téj zasadzie oparty przyrząd Snowa, Clovera, Sansoma z maskami Francio Sibsona, wreszcie przyrząd Junkera z różnemi modyfikacyjami. W styczniu b. r. ogłosił Dr. Wiskemann [1]) z Alzacyi przyrząd nowy złożony ze zbiornika na chloroform, połączonego z przyrządem, z którego zależnie od nastawienia wskazówki od 10—80 kropel chloroformu na minutę pada na namiot z flanelki otoczony z boków szklannym walcem; namiot połączonym jest rurą z maską zaopatrzoną w wentyl otwierający się tylko przy wydechu.

Początek rury doprowadzającéj pary chloroformowe wraz z powietrzem jest szklany z wentylem kulistym w środku, przy oddechu chorego poruszalnym.

Sposób użycia przyrządu tego jest prosty. Nakręca się wskazówkę w zbiorniku na dowolną liczbę (z początku zwykle większą 80 kropel) kropel na minutę, maskę przytwierdza się do twarzy choremu klamrami lub przytrzymuje się rękami (co jest lepszem) i nakazuje się choremu głęboko oddechać. Oddech chorego prawidłowy zaznacza się jednostajnym odgłosem uderzającego wentylu na początku rury dowodzącéj umieszczonego.

Aby zestawić zalety i wady przytoczę odnośne liczby:

Na 105 narkoz tymże przyrządem zużyto 853 gr. chloroformu aż do wywołania narkozy 1 klg. 486 gr. aż do końca zabiegu, w czasie 12½ godzin do uśpienia 51 godzin licząc do końca zabiegu. Zużyto zatem chloroformu ogółem 2 klg. 339 gr. w czasie 63½ godzin na 105 przypadków, podczas gdy na 100 przypadków zwykłą maską narkotyzowanych wyszło 2 klg. 748 gr. w czasie 70 godzin; czyli, że przyrząd Wiskemanna zaoszczędził w 100 narkozach 700 gr. chloroformu a czasu 6½ godzin.

Przeciętny wzór narkozy przyrządem tym wywołanéj wynosi $\frac{9\cdot1+14\cdot5}{7\cdot3-29\cdot4}$, wzór zestawiony dla maksymalnéj narkozy $\frac{25+60}{20+100}$, wzór zaś dla minimalnéj narkozy zestawiony $\frac{3+1}{3+3}$. Z porównania ilości w tych wzorach z ilościami ogólnemi wypada, że tak przeciętna ilość jak i maksymalna przy narkozie maską Esmarcha wywołanéj większemi były. Z przypadłości w czasie narkozy zauważono: na 105 narkoz dwa razy zamartwicę, co czyni 1·9%, a więc 0·7% większy od procentu przy zwykłéj masce, omdlenia wcale nie zauważono, wymioty zapisano w 10-ciu przypadkach czyli nieco więcéj jak 9% a więc o 26% mniéj jak w 100 narkozach zwykłych. Inne przypadłości nie przedstawiają w porównaniu żadnéj różnicy.

Z liczb tych wynikają następujące zalety tego przyrządu: ilość chloroformu zużytkowana jest mniejszą od ilości zużytkowanéj przy zwykłéj masce; mogłaby ona jeszcze być mniejszą, gdyby sama maska dawała się lepiéj do każdéj twarzy przystosować, lub gdyby było kilka masek do wyboru z różnemi wycięciami twarzowemi, wtedy bowiem nie uchodziłoby powietrze parami chloroformu przejęte szczelinami powstałemi przez niestosowanie się do niektórych twarzy; narkoza nastaje prędzéj co do czasu; wymioty w czasie narkozy znacznie rzadziéj się wydarzają widocznie powietrze dobrze z chloroformem pod namiotem mięszając się, nie drażni tak mocno błony śluzowéj żołądka do odruchów wymiotnych; podmiotowo chwalą chorzy narkotyzowani w oba sposoby sposób przyrządem Wiskemanna, odczucie bowiem

[1]) *Protokolle des deutschen aerztlichen Vereins in St. Petersburg. St. Petersburger Medic. Wochschr.* 1889 Nr. 20.

[1]) Dr. Wiskemann. *Ein neuer Betäubungsapparat. Berliner. klin. Wochenschr.* 1891, Nr. 3.

chloroformu w pierwszych chwilach jest przyjemniejszem. Nieprawidłowości w oddechu n. p. ustanie tegoż zaznaczają się brakiem odgłosu wentylu; łatwość w regulowaniu i pomiarze ilości chloroformu podawanéj, łatwość w utrzymaniu na pewnym stopniu zagęszczenia par w powietrzu wdechanem przez opowiedne nastawienie wskazówki w zbiorniku i wkraplaczu — oto zalety.

Ujemne strony natomiast przedstawiają się:

Ilość kropel wskazówką nastawiona w rzeczywistości bywa większą (lub mniejszą) co już według twórcy przyrządu ma zależeć od ciepłoty otaczającego powietrza, gatunku chloroformu i t d., rachunek zaś korygujący podany przez autora nazbyt jest uciążliwym w praktyce. Maska nie nadaje się do każdéj twarzy a wówczas okres pobudzenia znacznie się przeciąga, chory niedokładnie usypia. Gdy maska nie zupełnie do twarzy przylega, wentyl kulisty nieznacznie tylko się poruszając nie sprawia stuku cechującego prawidłowy oddech. Gdy maska nie przylega do twarzy lub gdy chory płytko oddecha, wentyl w masce przy wydechu się nie otwiera, zaczem powietrze wydechowe wchodzi do namiotu, skąd napowrót zostaje wciągniętem; powietrze w namiocie przesyca się zatem bezwodnikiem kwasu węglowego skutkiem czego łatwiéj i częściéj zdarza się zamartwica.

Druga komisyja Hyderabadu odrzuciła wszelkie skombinowane przyrządy z powodu częściéj występującej przy ich użyciu zamartwicy. Tej znacznéj wadzie możnaby w części zaradzić przemieszczając w masce wentyl z górnéj jéj części na część ściany naprost ust się znajdującéj, aby otwieranie się wentylu łatwiejszem nawet przy słabych wydechach uczynić.

Wreszcie należy baczną zwracać uwagę, aby powietrze w namiocie zbyt chloroformem się nie przesyciło; ztąd to należy z chwilą, gdy narkoza została już wywołaną, zmniejszyć ilość padających kropel z 80 na 10 lub 20 na minutę, z chwilą zaś oddalenia maski od twarzy chorego należy wkraplacz zamknąć przez przesunięcie wskazówki na zero, inaczéj bowiem jak to w początku używania przyrządu tego zauważyliśmy, chory uśpiony, jeśli po oddaleniu maski budził się, już po kilku wdechach za jéj powtórnem przyłożeniem usypiał. Usypiał on dlatego, że w czasie oddalenia maski, chloroform z wkraplacza ściekał i powietrze zanadto w namiocie nasycał. Jeśli się na tę okoliczność uwagi nie zwraca, może łatwo przy zbytniem wysyceniu powietrza parami chloroformu nastać omdlenie, a co gorsza, i śmierć.

W końcu zaznaczyć muszę, iż przyrząd ten jest trudno przenośnym, można go zatem tylko w oddziałach szpitalnych używać.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

V. Posiedzenie z d. 21 marca 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 20.

1) Kol. Feigel przedstawia a) trzy preparaty raka żołądka rzadkie z powodu umieszczenia w *fundus* i *pars cardiaca ventriculi*, tak, że w dwu przypadkach nie rozpoznawano raka, w trzecim zaś rozpoznano tylko równocześnie istniejącego raka gardziela i zwężenie takowego, raka w żołądku natomiast nie wykryto. We wszystkich trzech przypadkach guz rakowy miał siedzibę w górnym odcinku krzywizny wielkiej i dochodził do wielkości główki dziecka, stercząc w całości ku jamie żołądka. W jednym przypadku prócz głównego guza było w żołądku rozsianych kilka ograniczonych małych nacieków w ścianach. W ostatnim przypadku oprócz wysoko w części wpustowej usadowionego i w jamę żołądka wpuklonego guza, znajdował się całkiem odrębny naciek rakowy w dolnej części gardziela, który sterczał w światło takowego i sprawiał znaczne zwężenie gardziela.

b) Preparat *gastritis phlegmonosa*. W ostatnim miesiącu wykazał prelegent w 3 przypadkach, w których rozpoznanie kliniczne brzmiało „*Peritonitis acuta*“ zapalenie ropne ścian żołądka (*gastritis phlegmonosa*). W ostatnim przypadku u 16-letniego chłopca były ściany żołądka do 1 ctm. zgrubiałe, błona śluzowa białawo szara, zaćmiona, gładka, na przekroju widać w ścianach żołądka naciek żółtawy ropny, miejscami galaretowaty, soczysty, miękki. W dwunastnicy tuż pod odźwiernikiem widać w błonie śluzowej miejsce owrzodziałe wielkości centa, szarawe, resztkami czarnego strupa pokryte, do błony podśluzowej sięgające, które czyniło wrażenie wrzodu wąglikowego, badanie jednak prątków wąglikowych nie wykazało. Gruczoły chłonne około żołądka były naciekłe ropiasto podobnie i sieć, stąd ogólne ropne zapalenie otrzewny. W poprzednich 2 przypadkach nie znaleziono żadnego owrzodzenia. Wystąpienie 3 przypadków takich w krótkim czasie jest w każdym razie uderzającem.

2) Kol. Ziembicki przedstawia chorego z rozległą *teleangiectasis* twarzy, szyi i klatki piersiowej. Na rękojeści mostka mały guz miękki chełboczący, zwiększający się przy kaszlu — po uciśnięciu jego czuć otwór w mostku, który powstał prawdopodobnie przez nadmiernie rozszerzone naczynia podmostkowe.

3 Nastąpił wykład kol. Wehra o *molluscum contagiosum*, który będzie w całości ogłoszonym. W bardzo ożywionej dyskusyi o gregarynach, będących przyczyną tej sprawy chorobowej brali udział koll. Szpilman, Krokiewicz, Feigel, Kadyi i prelegent. *Dr. Mukowicz* sekretarz.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

III wykład. Dr. Podgórski: „O wskazaniach do resekcyi jelit pierwszorzędnéj.

Prelegent zestawił daty oparte na materyjale oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. Wogóle wykonano 51 resekcyj z następujących wskazań:

1) Zgorzel jelita w przepuklinie uwięźniętéj była w 30 przypadkach wskazaniem do resekcyi; z tych w 16 nastąpiło zejście śmiertelne (50%; po odliczeniu zaś dawniejszych przypadków, nie nadających się do statystyki śmiertelność wynosi 40%), Oprócz tego założono w 11 przypadkach uwięźnięcia przepukliny rzyć sztuczną.

Operacyja ostatnia okazuje kolosalną odsetkę śmiertelności (81·8%); były to przypadki bardzo ciężkie. Z tego powodu, jakoteż wobec tego, że chorzy z sztuczną rzycią po pewnym czasie skazani są na drugą operacyję tj. na usunięcie takowéj, do wykonania tego rękoczynu przy zgorzeli przepukliny tylko w ostateczności uciekać się należy, i tylko wskazaną jest resekcyja jelita. Najlepszy rezultat osiągnięto wobec hernii Litrego (4 przypadki bez zejścia śmiertelnego).

2) Usunięcie rzyci sztucznéj jest drugiem wskazaniem do resekcyi. Przypadków takich operowano 8 z 37·7% śmiertelności.

3) *Occlusio interna* była w 10 przypadkach wskazaniem do resekcyi z śmiertelnością bardzo znaczną, bo wynoszącą 90%. Przyczyną tych złych wyników jest późne podejmowanie operacyi, a jak prelegent zauważył, najgorsze bywa rokowanie, jeżeli siedzibą niedrożności jest *flexura sigmoidea*.

Prócz tego wykonano resekcyję w jednym przypadku gruźlicy jelit połączonéj z niedrożnością, z wynikiem pomyślnym, w jednym przypadku raka jelita i w jednym zranienia jelita z zejściem śmiertelnem.

W dyskusyi zabiera głos Dr. Bar ącz, który w zasadzie zgadza się, aby w obec świeżych przypadków uwięźgnięcia wewnętrznego, lub wobec przepukliny t. zw. elastycz-

néj wykonać resekcyję pierwszorzędną. Natomiast w przypadkach, w których wystąpiła zgorzel, radzi zakładanie rzyci sztucznéj.

Prof. Rydygier nie zgadza się z tłomaczeniem prelegenta, jakoby porażenie naczyń po odkręceniu pętli esowatéj i połączona z niem niedokrewność mózgu była przyczyną niepomyślnego zajścia po tym rękoczynie, lecz przypisuje to zejście zapaleniu otrzewny wywołanemu przez *bacillus coli*, prątek wykazany przez Fränkla, a wywołujący zmiany zapalne z małą tylko wypociną i w ogóle makroskopowo niezbyt widoczne.

Dr. Dembowski zwraca uwagę na to, że jak Thomas wykazał, w téj części jelita, która graniczy z częścią uległą zgorzeli, a którą uważamy za zdrową, na błonie śluzowéj nieraz znajdują się już zmiany, dla nas niedostrzegalne, mogące później doprowadzić do przedziurawienia. Z tego powodu nie radzi wykonywać resekcyi pierwszorzędnéj, jeżeli kawałek jelita uległ zgorzeli.

Dr. Wehr opisuje przypadek uwięźnięcia przepukliny w którym resekował część jelita uległą zgorzeli już przez 8 dni i przekonał się po założeniu szwów jelitowych, że w części doprowadzającéj w odległości 5—15 ctm. od szwu znachodzi się kilka miejsc zgorzelinowych. Nie chcąc wykonać drugiéj resekcyi lub założyć *anus praeternaturalis*, wgłobił Dr. W. te części jelita, które uległy zgorzeli i obszył szwem Lamberta warstwę zewnętrzną. O wyniku przyrzeka mowca podzielić się jeszcze z uczestnikami sekcyi przed skończeniem się Zjazdu.

Doc. Trzebicky opowiada o dwóch podobnych przypadkach sztucznego wgłobienia.

W dyskusyi zabierają głos jeszcze: prof. Obaliński, i dr. Oderfeld z Warszawy przemawiając za wykonaniem resekcyi pierwszorzędnéj, Dr. Schramm radząc w przypadkach długo trwałego uwięźnięcia i znacznéj bębnicy zakładanie rzyci sztucznéj i następowéj resekcyi, prof. Rydygier, dr. Noniewicz i prelegent. (C. d n.)

Dr. Beck.

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** dnia 12 go sierpnia 1891. Rozpoczęła się pora, w któréj niemieckie firmy księgarskie zaczynają nas zarzucać kalendarzami lekarskiemi niemieckiemi. Pominąwszy, że kalendarze te obliczone są więcéj na potrzeby lekarzy innych prowincyj, że nieznajdujemy n. p. między zdrojowiskami podanemi z całéj Europy ani wzmianki o naszych polskich źródłach i miejscowościach klimatycznych, sądzimy, że należałoby nam poprzeć głównie kalendarz lekarski krakowski, znajdujący się właśnie w druku (jak świadczy inserat), a ułożony przez Dra Murdzieńskiego, z polecenia Tow. lek. krak., w miejsce wydawanego w latach poprzednich kalendarza Dra Stelli Sawickiego.

* Prof. dr. Adamkiewicz wniósł w kwietniu r. b. podanie do Ministerstwa oświaty i wyznań, aby mu celem dokonywania dalszych badań klinicznych nad chorymi dotkniętymi rakiem oddano odpowiedni oddział w wiedeńskim szpitalu powszechnym. Gdy to podanie prof. Adamkiewicza zasługiwało według zdania JE. pana Ministra na szczególne uwzględnienie i poparcie, zasięgnął JE. pan Minister zdania grona profesorów Wydziału lek. wiedeńskiego, jak należałoby postąpić, aby prof. A. dostarczyć odpowiedniéj liczby chorych na raka w jednéj z klinik wiedeńskich. Wydział Lekarski uniw. wiedeńskiego przychylił się jednogłośnie do wniosku referenta prof. Alberta, aby profesorowi Adamkiewiczowi dać sposobność do dalszych badań na materyjale kliniki chirurgicznéj prof. Alberta. Wskutek tego udzielił JE. pan Minister prof. Adamkiewiczowi urlopu na przeciąg najbliższego zimowego półrocza i zażądał od Wydziału Lek. Uniw. Jagiell. wniosków co do zastępstwa nieobecnego profesora. Prof. Adamkiewicz opuszcza Kraków już w dniach najbliższych.

* JE. pan Minister oświaty i wyznań zezwolił na ustanowienie demonstratora przy katedrze farmakologii i farmakognozyi w Uniw. Jagiell. na razie na przeciąg lat dwu od 1-go kwietnia 1892 r. za rocznem stypendyjum w kwocie 300 złr.

* Towarzystwo Lekarskie warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1893, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 kwietnia 1888 roku do 31 grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu o jakim mowa przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1891, 1892 i w ciągu stycznia roku 1893, na ręce Sekretarza stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza stałego

Dr. Bolesław Gepner.

* Kwestyję desinfekcyi wagonów kolejowych, któremi udają się suchotnicy do stacyj klimatycznych na południu Francyi i Włoch podnoszono już w r. z. na Zjeździe berlińskim. Obecnie wznowiły pisma lekarskie tę sprawę i przytaczają, że dr. Prausnitz badając pył z wagonów używanych pomiędzy Berlinem a Meranem, a mianowicie szczepiąc go świnkom morskim, przekonał się, że na pięć zwierząt u dwu pojawiła się gruźlica. Na początek żądają pisma lekarskie ustanowienia przynajmniéj spluwaczek wypełnionych odpowiednią cieczą.

* Liczba samobójstw w Europie wynosi 60.000. Zdaje się jednak, że w rzeczywistości jest ona większą, liczne bowiem przypadki pozostają utajone. Największa liczba zdarza się w Niemczech, potem idzie Francyja i Anglija, najmniéj zdarza się wśród Słowian. W ogóle liczba samobójstw jest stosunkowo wyższą w krajach ucywilizowanych.

* Do d. 27 lipca było w Krynicy 3259 osób; w Truskawcu do 31 lipca 872 osób; w Szczawnicy do d. 7 sierpnia 2488 osób; w Cieplicach czeskich do dnia 5-go sierpnia gości 5052.

* W tygodniu 30-ym (od 26 lipca do 1 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 8, urodzin 45, skonów 38; z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 7, z nieżytu żołądka i jelit 6, z dławca i błonicy 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Następcą prof. Karola Brauna został zamianowany prof. dr. Fryderyk Schauta z Pragi. (Prof. Schauta były asystent prof. Spätha był następnie profesorem położnictwa w Insbrucku i Pradze w uniw. niemieckim).

* **Nekrologija.** W Gracu umarł prof. położnictwa dr. Karol Helly licząc lat 66; w Tuluzie prof. medycyny sądowéj dr. Duponchel; w Neapolu prof. Dattilo, znany ze swych doświadczeń przedsiębranych wraz z prof. Reale nad konserwowaniem zwłok.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza

Rok XXX. Kraków, 22 Sierpnia 1891. Nr. 34.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam. 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrewności a szczególnie w blednicy oraz kilka uwag leczniczych.

Opracowali

Dr. Buzdygan i prof. Dr. Gluziński.

(Odczyt miany na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.)

Ostatni dziesiątek lat przyniósł medycynie wewnętrznéj zdobycz niemałéj wagi: dokładne poznanie czynności tak fizyjologicznych jak i patologicznych żołądka. Pompa żołądkowa poucza nas w każdéj chwili o mechanizmie i chemizmie trawienia, a mikroskop dopełnia badania. Wobec tak ułatwionych środków badania szybko wzrastała nauka o trawieniu żołądkowém i dziś poznano ją już dosyć szczegółowo. Z chlubą możemy się poszczycić, że uczeni nasi samodzielnie znaczną część dzieła zbudowali, a imiona: Reichmanna, Korczyńskiego, Jaworskiego. Gluzińskiego pięknie będą zapisane obok imion: Leubego, Ewalda, Riegla, Klemperera, Boasa i innych badaczy niemieckich. Dzięki tym odkryciom i leczenie chorób żołądka weszło na racyjonalniejszą drogę.

Sprawa trawienia zależy nietylko od stanu (zdrowia lub choroby) samego narządu, t. j. gruczołów trawieńcowych błony śluzowéj, błony mięsnéj i innerwacyi żołądka, nietylko od jakości pokarmów doń wprowadzonych, ale zarazem od tego, czy inne narządy są zdrowe lub chore, bo żołądek stanowi z niemi całość jednolitą. Ztąd zaburzenia w którymkolwiek narządzie, jedne mniéj, inne więcéj, ale zawsze wybijają swoje piętno na narządzie trawienia. Ważną więc jest rzeczą poznać ten wpływ różnych chorób na sprawę trawienia.

W tym kierunku mamy już prac wiele o trawieniu żołądkowém w rozmaitych chorobach: w chorobach gorączkowych Wolframa-Gluzińskiego (Przegl. Lek. 1885; *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1886), w chorobach serca, Grossmanna Strümpella Hüfflera, Adlera, Sterna *(Berlin. klin. Woch.* 1889), w chorobach płucnych: Briegera: (*Deut. med. Woch.* 1889, str. 269). Hildebrandta (*Deutsch. med. Woch.* 1889, Nr. 15) Chełmińskiego (*Revue de médecine* 1889), Klemperera *Berl. kl. Woch.* 1889), w melancholii v. Nordena, w cukrówce Rosensteina (*Berl. kl. Woch.* Nr. 13 r. 1890), w chorobach nerwowych i umysłowych Leibuschera (*X Kongres medycyn. wew. w Wiesbadenie* r. 1891), w chorobach nerkowych Biernackiego (*Przegl. Lek.* Nr. 1—4 z r. 1891).

Daleko mniéj prac mamy o trawieniu w różnych rodzajach niedokrewności a sprawa ta jest ważna, bo w tych stanach przypady żołądkowe dominują często nad innemi.

W początku roku bieżącego rozpoczęliśmy w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego wspólnie z kolegą prof. Głuzińskim, szereg ścisłych badań, z których dzisiaj mamy zamiar zdać tylko krótko tymczasowo sprawę, ze względu, że pracę naszą jeszcze daléj zamyślamy prowadzić.

Używaliśmy metody podanéj przez Jaworskiego — Gluzińskiego, która wprawdzie nie wolna od zarzutów, ma jednak tę zaletę, że pozwala poznać cały przebieg trawienia istot białkowatych (t. j. białka z jaja kurzego) bądźcobądź najważniejszego pokarmu dla trawienia żołądkowego.

Nie będę przytaczał ani liczb, ani historyj chorób, zostawiając to aż do chwili ogłoszenia obszerniejszéj pracy, jaką później z kol. Gluzińskim podamy, dziś przedstawię tylko ostateczne wyniki, otrzymane z badań dotychczasowych.

Badania te czyniliśmy w rozmaitych rodzajach niedokrewności; jużto w niedokrewności ostréj n. p. po krwotokach macicznych, z guzów krwawnicowych, jużto w niedokrewnościach, które powstały wskutek długotrwałéj skazy

n. p. w chérze zimniczéj, a głównie uwagę zwróciliśmy na blednicę. Że badania w tym kierunku były potrzebne, dowodzą tego niejasne zdania, jakie dotąd w nauce o trawieniu w tych stanach chorobowych panują, jak również tak częste przypady żołądkowe, które zmusiły autorów do nadania nazwy pewnéj postaci blednicy „*Chlorosis dyspeptica*".

Nie myślimy tu podawać całego szeregu notat z literatury, bo czas na to za krótki, główne jednak okoliczności musimy przytoczyć, aby uwidocznić, co doświadczenia nasze nowego wykazały.

Manassein (*Virch. Arch. t.* 55, str. 453) w pracy swojéj wykonanéj na psach, u których przez upust krwi wywoływał niedokrewność ostrą, dochodzi tylko do wniosku: „*Der künstliche Magensaft aus der Magenschleimhaut der acut anaemischen Thiere bereitet, verdaut das Fibrin zuweilen besser, zuweilen schlechter, als eben solcher aus der Magenschleimhaut der gesunden Thiere bereiteter Magensaft*".

Zander (*Virch. Arch. t.* 84, str. 177) więcéj teoretycznie udowadnia, że przyczyną blednicy jest brak HCl w żołądku, który sprawia upośledzenie wchłaniania żelaza znajdującego się w pokarmach.

Rosenbach (*Deutsch. med. Woch.* 1883) znów twierdzi, że nie brak HCl, ale wprost upośledzone wchłanianie w żołądku jest przyczyną blednicy. Podobne zdanie wypowiada Dujardin Beaumetz (*Reflexion sur l'emploie du fer dans le traitement de la chlorose — Bullet. genéral de thérapie* 1876). Zdania te wypowiedziano przed czasem, od którego rozpoczyna się ściślejsze badanie czynności żołądka sposobami nowemi t. j. rozbiorami treści wydobytéj z żołądka zapomocą zgłębnika, jużto przy użyciu przytém próby befstykowéj Leubego lub Riegla, śniadania Ewalda, Reichmanna, Klemperera, jużto wreszcie metody białkowéj Gluzińskiego-Jaworskiego.

Z tego czasu prac do przedmiotu poruszonego ściśle się odnoszących niema a może ich nie znamy, a tylko w pracy Neussera: „*Ueber Anaemien mit besonderer Berücksichtigung der Differencianaldiagnose*" (*Wien. med. Presse* Nr. 6—10 z r. 1890) znajdujemy wzmiankę: „*dass sekretorische Hyperaciditát oder Hyperchlorie, wie auch das Fehlen der Salzsäure, (die Achlorie), weitaus das seltenere— die Herabsetzung der Salzsäure (Hypochlorie) das häufigere Vorkommniss darstellen*".

Doświadczenia nasze opierają się na 14 przypadkach obserwowanych od 1—5 miesięcy, badanych codziennie, lub też w końcu przy dłuższéj obserwacyi, co kilka dni, tak że liczba dokonanych rozbiorów wynosi kilkaset. Przypadki te rozdzielają się na następujące kategoryje. Dwa przypadki niedokrewności ostréj po krwotokach. Jeden przypadek ciężkiéj niedokrewności u mężczyzny bez przyczyny wykazać się dającéj. Jeden z chérą zimniczą. Dziesięć przypadków czystéj blednicy u kobiet od 16—30 lat.

W ostréj niedokrewności, powstałéj z powodu krwotoku z polipa macicy, trawienie zachowywało się tak co do mechanizmu, jak i chemizmu prawidłowo. Natomiast w przypadku przewlekłego krwawienia przez lat kilka z guzów krwawnicowych znaleźliśmy chemizm znacznie upośledzony, bo rzadko kiedy HCl można było wykazać, również stwierdziliśmy upośledzenie siły mechanicznéj.

Z tych dwu przypadków nie chcemy czynić wniosku, jakkolwiek on się sam nasuwa, że niedokrewność ostro powstała pozostaje bez wpływu, zaś zwolna powstająca i czas dłuższy trwająca w znacznym stopniu upośledza funkcyje tak chemiczne, jak i mechaniczne żołądka.

W przypadku chéry zimniczéj i to znacznego stopnia z bardzo dużą śledzioną, bo zajmującą prawie $^1/_3$ część jamy brzusznéj, wydzielanie HCl przez cały ciąg obserwacyi 2 miesięcznéj było zniesione, a mimo to stan ogólny znacznie się poprawił: śledziona o połowę się zmniejszyła a ciężar ciała podniósł się o 2·75 kilogr., ilość hemoglobiny powiększyła się z 50% na 70%. W żołądku tym znajdowała się nadto zawsze większa ilość śluzu, treść trudno było można wydobyć, najczęściéj aspirowano żółć; czyli że mieliśmy obraz *Caturrhus ventriculi mucosus* wskutek prawdopodobnie częściowego zaniku błony śluzowéj żołądka i niedomykalności odźwiernika.

Przypadek ten, jakkolwiek jako odosobniony, nie pozwala wyciągnąć stałego prawidła dla zachowania się trawienia w niedokrewności powstałéj wskutek chéry zimniczéj, mimo to jednak ma on dla nas znaczenie. Świadczy bowiem, że mimo braku HCl i prawie nie zatrzymywania się pokarmów w żołądku wskutek niedomykalności odźwiernika, człowiek przy wyłączném trawieniu kiszkowém nietylko może istnieć, ale nawet przybierać na wadze. Potwierdza to zdanie wypowiedziane jeszcze w r. 1884 przez Jaworskiego i Gluzińskiego, że żołądek zdaje się służyć więcéj za zbiornik i desinfektor, aniżeli digestor.

W przypadkach czystéj blednicy — a rozpoznawaliśmy ją po wykluczeniu przypadków, któreby jakąkolwiek nasuwały wątpliwość, trawienie żołądkowe zachowywało się w pewnym kierunku w ten sposób, jak wspomina Neusser t. j. u jednych spotykaliśmy achloryję, u innych hypochloryję a wreszcie hyperchloryję. Jednak stosunek ich do siebie był inny, niż u Neussera. Na 10 bowiem przypadków blednicy przypada: dwa na achloryję i to powstałą wśród obserwacyi; trzy na *hypersecretio acida digestiva*, pięć zaś na prawidłowe wydzielanie HCl. Natomiast funkcyja mechaniczna z wyjątkiem czterech wszędzie była upośledzoną.

Z tego zestawienia wynika, że nie upośledzenie wydzielnicze HCl przeważa w blednicy, jak to podnosi Neusser, jak się tego domyśla Zander, budując na tém teoryję całą o blednicy, lecz albo sok prawidłowy, albo też z nadmiernem wydzielaniem HCl jest najczęstszém zjawiskiem.

Wszystkie nasze chore, jakto zwykle bywa w blednicy, uskarżały się na rozmaite przypadłości żołądkowe, notowaliśmy takowe skrzętnie, aby je módz zestawić z wynikami przedmiotowego badania.

Trzy chore obok wspólnych z innemi przypadłości, jak braku łaknienia, odbijań, gniecenia, uskarżały się przeważnie na bóle mniejsze lub większe, częściéj lub rzadziéj się pojawiające, jużto rzadziéj naczczo, zwykle we 2—3 godzin po jedzeniu. Były to przypadki z *hypersecretio acida digestiva.* W innych przypadkach podmiotowe uczucia miały podstawę jużto w braku HCl, jużto w upośledzeniu czynności mechanicznéj żołądka. Jedném słowém objawy podmiotowe, na które się uskarżają osoby blednicze, mają podstawę w zmianach funkcyj żołądka, a wypadałoby się tylko zastanowić o ile te dwie zmiany tj. błednica i zmiany w żołądku stoją w związku przyczynowym.

Teoretycznie zaprzeczyć nie można, że podobnie zmieniony skład krwi jak w blednicy musi wywierać wpływ na skład rozmaitych wydzielin, a więc i soku żołądkowego.

Z drugiéj strony należy się zastanowić, czy pewna zmiana w przewodzie pokarmowym a zwłaszcza w żołądku nie może być przyczyną usposabiającą, wywołującą a może tylko podtrzymującą blednicę. Że myśl ta już niejednemu przychodziła, dość powołać się na wyżéj przytoczoną teoryję blednicy Zandera i na zapatrywania się Dujardin-Beaumetza i Rosenbacha na blednicę.

Na podstawie wyniku badania, a w szczególności wyniku leczenia, jakie u naszych chorych zastosowaliśmy (leczenia wynikłego już z rozumowania, jakie zaraz przedstawimy) przyszliśmy do wniosku, że w każdym razie w znacznéj części przypadków, które dziś uważamy za blednicę i jako taką dotychczasowemi sposobami leczymy — trawienie żołądkowe gra niepoślednią rolę, pośrednio, czy bezpośrednio. Jako podstawę wyjścia naszego rozumowania uważać musimy upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka, którą w znacznéj liczbie przypadków u naszych chorych stwierdziliśmy, a które może być właśnie wynikiem istniejącéj blednicy. Upośledzony ten mechanizm żołądka jest przyczyną, że bardzo często u chorych badanych naczczo rano znajdowaliśmy resztki pokarmów, dnia poprzedniego spożytych, treść w początkach badania kwaśno oddziaływającą, która zawierała peptony i propeptony. Nieopróżnianie żołądka w należytym czasie, pozostawanie pokarmów dłużéj już wystarczy, jakto inne przypadki pouczają, do wywołania rozlicznych przypadłości żołądkowych jak: gniecenia, braku łaknienia, a w dalszém następstwie, gdy stan taki trwa dłużéj, przez drażnienie błony śluzowéj może wystąpić i zboczenie w chemizmie trawienia żołądkowego wywołując nadmierne wydzielanie HCl.

Zboczenia te, w trawieniu jeżeli je będziemy uważali za następowe, muszą podtrzymywać blednicę, bo pociągają za sobą upośledzenie łaknienia, nieprawidłowe trawienie spożytych pokarmów, a co zatém idzie i upośledzanie odżywienia. Że tu również i upośledzone wessanie gra pewną rolę, należy się spodziewać, jakkolwiek w tym kierunku doświadczeń nie dokonywaliśmy. Upośledzony zatem dowóz pokarmów a prawdopodobnie i upośledzone wchłanianie ich jest ważnym czynnikiem wprawdzie nie w powstawaniu, ale w trwaniu blednicy. W tym kierunku zgodziéby się należało z rozumowaniem Dujardin-Beaumetza, który podnosi ten fakt, że gdyby trawienie żołądkowe i wessanie odbywały się prawidłowo, nie potrzebowalibyśmy podawać żelaza, bo w pokarmach, jakie codziennie zdrowy człowiek wprowadza do żołądka, znajduje się takowego daleko więcéj, niż w dawkach, które jako środek leczniczy przepisujemy.

Zachowanie się więc funkcyj żołądka w blednicy musi rzeczywiście odgrywać dość ważną rolę i w leczeniu téj choroby; nie szablonowe podawanie żelaza, lecz uwzględnienie tego zboczenia zasługuje na uwagę.

Od kilku lat raczéj na podstawie obserwacyi i rozumowania, aniżeli polegając na bezpośredniem doświadczeniu, które dopiero dziś zdobywamy, stósował jeden z nas w odpowiednich przypadkach blednicy leczenie stanu żołądka a wyniki potwierdzają niniejsze zapatrywania. Dodatnie rezultaty, jakie również otrzymaliśmy u 10 naszych chorych, z których niektóre poprzednio leczono przez długi czas różnemi przetworami żelazistemi, wdechiwaniami tlenu bez skutku — potwierdzają nasze zapatrywania, a liczby, jakie w krótkości przytoczymy, będą wymownym tego dowodem. Leczenie nasze polegało na codziennem rannem przepłókiwaniu żołądka, aby go uwolnić od zalegających resztek pokarmów i produktów trawienia. Przypadki te są następujące:

1. Pepi Apfelbaum l. 16 od pół roku chora, leczona 3 tygodnie, przybytek na wadze 1·5 kilogr. Hemoglobina podniosła się z 28% na 36%.

2. Wojnarska Józefa lat 18, od 5 lat chora, leczona 10 tygodni, przybyt. na wadze 10·5 kilogr. Hemoglobina z 24%—47%.

3. Ustyanowicz Wanda l. 21 od pół roku chora, leczona 5 tygodni, przybytek na wadze 2 kilogr. Hemogl. z 40%—50%.

4. Gałczyńska Józefa l. 19 od kilku lat chora, leczona 9 tygodni, przybytek na wadze 9 kilogr. Hemoglobina z 20%—45%.

5. Tekla Bandura l. 22 od 4 lat chora, leczona 8 tygodni, przybytek na wadze 4·3 kilogr. Hemogl. z 58%—75%.

6. Matusiak Agneszka l. 23 od 4 lat chora, leczona 5 tygodni, przybytek na wadze 9·6 kilgr. Hemogl. z 43%—65%.

6. Stepkowska Balbina l. 28 chora od wielu lat, leczona 4 tygodnie, przybytek na wadze 4 kilgr. Hemoglob. z 40%—65%.

8. Nowak Anna l. 30 chora od wielu lat, leczona 8 tygodni, przybytek na wadze 4 kilgr. Hemoglobina z 65%—70%.

9. i 10. ambulantki.

Dalecy jesteśmy od jednostronnego zapatrywania, że leczenie stanu żołądka we wszystkich przypadkach blednicy musi okazać dodatni wynik, doświadczenia nasze jednak pouczają, że przypady żołądkowe, na które się skarżą osoby blednicą dotknięte, mają swoją podstawę i w leczeniu należy je uwzględniać. Trudno bowiem przypuścić, aby przypadek tak zrządził, żebyśmy bez wyboru na same podobne chore natrafili. Może ktoś uczynić zarzut, że to nie były przypadki prawdziwéj blednicy, tylko że stan podobny do blednicy (*pseudochlorosis*) rozwinął się na tle choroby żołądka, podobnie jak się rozwija obraz niedokrewności złośliwéj na tle zaniku błony śluzowéj żołądka. Ze względów praktycznych byłoby to samo, bo wszystkie te przypadki przedstawiały obraz ten, jaki w praktyce blednicą nazywamy i jako takie leczymy.

Kończąc sprawozdanie nasze, wypowiadamy zdanie, że w wielu przypadkach, które nazwą blednicy oznaczamy, znajdujemy zboczenia, jużto w mechanizmie, jużto w chemizmie trawienia i że leczenie przeciwko nim zastósowane do szybszego i lepszego wyniku doprowadzi, niż szablonowe podawanie przetworów żelaza.

II. Kazuistyka sadowo-lekarska.

II.

Wątpliwe połamanie żeber u dziecka.

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz miejski w Krakowie.

Oglądacz zwłok w O. nie dozwolił pochować zwłok sześciomiesięcznego dziecka Katarzyny Ł., z powodu, że na nich spostrzegł podejrzane ślady i że dziecko zmarło nagle w nocy z dnia 5-go na 6 ty października będąc poprzednio

zdrowe. Tak przynajmniéj twierdzili służbodawcy Katarzyny Ł. To też na doniesienie urzędu parafijalnego zarządziła Prokuratoryja sekcyję sądową, którą wykonali dwaj lekarze w dniu 12 października. Zwłoki były tymczasowo pochowane w ziemi całkiem płytko.

Protokół sekcyi opiewa:

A) Oględziny zewnętrzne: 1) Po wyjęciu z trumny, rozebraniu zwłok i złożeniu takowych na stole sekcyjnym, znaleziono zwłoki dziecka płci żeńskiéj od 4 do 6 miesięcy wieku liczyć mogące; gdyż wygląd ogólny tegoż dziecięcia jest tego rodzaju, że na podany wiek 6-ciu miesięcy wedle rozwoju swego nie wygląda. 2) Na brzuchu całym, na plecach rozległe plamy pośmiertne. 3) Na czole i w okolicy skroniowéj widać 3 sine plamy łukowate, wielkości grochu okrągłego małego. Przyskórnia ponad témi plamami całkiem gładka i nie nadwerężona. Przy nacięciu tych trzech sinych plam znajduje się nasięk krwisty, wodą zmyć się nie dający, całą grubość powłoki skórnéj przejmujący. 4) Na lewym boku widać rozległe morągowate zasinienie powłok skórnych, które jednakże przy nacięciu żadnego nasięku krwistego nie wykazały. 5) Głowa bardzo krótkim, skąpym włosem pokryta, w ogólności zwłoki w znacznym stopniu wynędzniałe. Palce u rąk zaciśnięte w pięść, paznogcie zasiniałe, powłoki skórne tak rąk jak i stóp pomarszczone. 6) Zresztą po dokładnem obejrzeniu reszty ciała nie znaleziono na niem żadnych obrażeń innego rodzaju.

B) Oględziny wewnętrzne: 7) Powłoki skórne czaszki cienkie, wiotkie, prawie bezkrwiste. 8) W miejscu odpowiadającem 3 sińcom na czole, widać na wewnętrznéj powierzchni powłok skórnych, takież same ciemno-czerwone plamy, przy nacięciu od tejże strony również krwią ciemną zmyć się nie dającą nasiąkłe. W mięśniu skroniowym nie znaleziono odpowiednio tym trzem plamom żadnego krwawego nasięku. Mięsień sam blady, wiotki. 9) Ciemiączka wszystkie pozrastane, kości czaszkowe cienkie, nigdzie żadnego śladu uszkodzenia nie okazujące, błony mózgowe blade nigdzie wypociny zapalnéj nie wykazujące. 10) Naczynia zakrętów mózgowych ciemną płynną krwią przepełnione, taka sama krew znajduje się w zatokach mózgowych, miąższ mózgu blady, przy nacięciu w różnych miejscach obficie rozsiane punkciki ciemno-krwawo zabarwione, komórki mózgowe próżne, móżdżek blady, rzeczone punkciki krwawe okazujący. 11) Po wyjęciu mózgu znajdowało się w czaszce około jednéj łyżeczki ciemnéj płynnéj krwi. 12) Z otworów nosa wypływa śluzowata brudna ciecz. Jama ust próżna, nie zawiera żadnego obcego ciała. Około ust nie widać żadnych sińców lub uszkodzeń. 13) Powłoki skórne szyi blade, bezkrwiste, takież same mięśnie, w których żadnego nasięku krwistego nie znaleziono. 14) W dużych naczyniach szyi ciemna płynna krew. 15) Powłoki skórne klatki piersiowéj jakoteż i mięśnie blade, bezkrwiste. 16) Na żebrach po lewéj stronie klatki piersiowéj widać 2 rzędy gruczołowatych wzniesień wzdłuż okolicy sutkowéj na 3, 4, 5, 6, 7 się znajdujących. Przy obmacaniu i nacinaniu tychże miejsc stwierdzono, że są twarde, zbite, chrząstkowate, prawie kostne wyglądu kostniny. 17) Po otwarciu klatki piersiowéj znaleziono, że płuca takową w zupełności wypełniały, i że takowe nigdzie do klatki piersiowéj nie były przytwierdzone. Płuca barwy ciemno-krwawo marmurkowéj, przy nacisku palcami nigdzie nie stwardniałe, przy nacięciu wszędzie dosyć obficie drobno pęcherzykowatą, krwawo zabarwioną ciecz wydzielające. 18) W worku sercowym do 2 gr. cieczy surowiczéj, serce prawidłowéj wielkości wiotkie, blade, w komórce prawéj nieco ciemnéj płynnéj krwi, takaż sama krew w dużych naczyniach krwistych. 19) Po wyjęciu płuc i serca z klatki piersiowéj okazały się takież same guzy na żebrach, mianowicie po lewéj stronie w 2 szeregach tychże samych żeber co zewnątrz podane, a po prawéj stronie tylko na 3 żebrach, mianowicie 5, 6 i 7-ym i tylko w jednym szeregu. Wszystkie te guzy były stwardniałe, prawie skostniałe, trudno przerznąć się dające, a końce kości żebrowéj w środku tychże guzów były wyraźnie odznaczone, tylko znaleziono je jakoby powyżéj opisaną kostninę się rozpływające. 20) Wątroba wielka, przy nacięciu wyraźnie ciemną krwią przejęta. 21) Śledziona mała, przy nacięciu blada, prawie bezkrwista. 22) Nerki dosyć duże, przy nacięciu przekrwione, pęcherz próżny. 23) Żołądek blady, prawie bezkrwisty, błona śluzowa nieco lepkawa, śluzem powleczona, żołądek całkiem próżny, żadnych resztek pożywienia nie zawierający. Kiszki cienkie całkiem próżne, zupełnie gazami wypełnione, błona śluzowa blada, całkiem bezkrwista, w kiszkach grubych parę grudek żółtawego nieco zbitego kału.

Po dokonaniu sekcyi oświadczyli lekarze, że z powodu nasuwających się wątpliwości co do przyczyny śmierci obdukowanego dziecka, stanowcze orzeczenie dopiero po przesłuchaniu matki i świadków wydać będą mogli i w tym celu upraszają o udzielenie im aktów przeprowadzić się mającego dochodzenia w téj sprawie.

Matka tego dziecka niezamężna Katarzyna Ł., podała, że dziecko urodziło się przed 6 miesiącami, a gospodarze, u których pozostaje w służbie przyjęli ją, pomimo że miała dziecko i sami nad dzieckiem chętnie czuwali, gdy pełniła, swoje służbowe obowiązki. Dziecko było zawsze wątłe, w ostatnich zaś dwu tygodniach miało biegunkę i krzyczało po nocach. Nie pamięta żeby dziecko kiedykolwiek wypadło z kołyski, a znaki na czole miało już na tydzień przed śmiercią, lecz nie umie podać z czego te znaki pochodziły. W ostatni dzień przed śmiercią było dziecko bardzo niespokojne, ssało chciwie, „położywszy się na spoczynek wraz z dzieckiem, męczyłam się tak może do północy, potem usnęłam twardo i spałam niezbudziwszy się do rana. Rano spostrzegłam, że dziecko leży o kawałek odemnie na słomie, ale że jest nieżywe. Nie wiem czy dziecko umarło skutkiem słabości, czy też może ja je piersią w nocy zadusiłam lub przyległam, w każdym razie nic takiego nie zrobiłam, ażeby dziecko życia pozbawić. Gdybym była miała zamiar dziecka się pozbyć, byłabym raczéj coś zrobiła gdy było mniejsze lub zaraz po porodzie“.

Służbodawca Katarzyny Jan P. zeznaje, że gdy ją do służby przyjął było dziecko zaponiewierane, żona jego zajmowała się niem, gdy Katarzyna pasła bydło, matka jest „ladaco, próżniak i latawiec, jak mogła to i ukradła co, lubiła raczyć się wódką z parobkami i o dziecko nie dbała, nie okazując do niego przywiązania. Dziecko było przez pewien czas zdrowe, w ostatnich dniach jednak znowu na zdrowiu zapadło, krzyczało w nocy, pomimo tego trzeba było na Katarzynę głośno wołać aby ją zbudzić, tak twardo sypiała“.

Służbodawczyni Magdalena P. zeznaje: „dziecko było z początku wynędzniałe, aż skóra się na niem fałdowała, wszyscy mówili, że dziecko jest suchotne, lecz gdy zaczęła kąpać je w ziołach i dawać mu jeść, przyszło do siebie, po czterech tygodniach wyglądało lepiéj. Katarzyna Ł. była leniwą, koło dziecka nic robić nie chciała, lecz nigdy się nad niem nie pastwiła i żadnéj krzywdy mu nie czyniła“. W ostatnich dniach dziecko nie było wprawdzie chore lecz krzyczało po nocach, zapewne z głodu lub „złego pokarmu“, który wyrzucało. W ostatniéj nocy nie słyszałam krzyku dziecka, zrana zaś, gdy Katarzyna położywszy dziecko w kołysce poszła paść bydło, spostrzegłam że dziecko nie żyje. Katarzyna zrazu twierdziła, że dziecko było żywe, gdy je do kołyski kładła, późniéj przyznała się, że już zrana wstając, spostrzegła, że dziecko nie żyje.

Oto najważniejsze szczegóły z zeznań świadków, które uwzględniając orzekli lekarze obducenci co następuje:

Według objawów powyższych oględzin pod l. 10, 11, 14, 17, 20 i 22, mamy znaczne przepełnienie naczyń krwionośnych, ciemną płynną krwią w mózgu, płucach, sercu i dużych naczyniach krwistych, co uznajemy jako następstwo braku dopływu powietrza i dlatego orzekamy, że obdukowane dziecko wskutek uduszenia życie zakończyło. Uduszenie jako przyczyna śmierci przedstawia się nam jako tem prawdopodobniejsze, gdy sekcyja żadnéj innéj przyczyny śmierci w narządach ustrojowych nie wykazała. Sposób, w jaki uduszenie w niniejszym przypadku mogło nastąpić, przez sekcyję nie został dokładnie wyjaśniony, nieznaleśliśmy bowiem żadnych śladów zewnętrznego ucisku lub jakiegokolwiek gwałtu fizycznego, jednakowoż dostarcza nam sekcyja wskazówek, że zachodziły usiłowania czynu i najprawdopodobniéj częściéj wykonywane w tym celu, ażeby rzeczone dziecko przez uduszenie życia pozbawić, a mianowicie mamy pod l. 16 opisane skostniałe zgrubienia żeber, które prawie w samym środku żeber po obu stronach widocznie w miarowym kierunku się znajdują i wskazują, że przyczyną powstania tychże najprawdopodobniej było ugniatanie członkami złożonych palców pięści, są to albowiem wyraźne dowody załamania żeber nie zupełnego, przez rzeczony ucisk dokonanego. Przypuszczenie, że połamanie to wskutek jakich innych zewnętrznych przyczyn, od sprawy nie zależących mogło powstać, zdaje się nam nieprawdopodobnem. Orzekamy zatem, że obdukowane dziecko wskutek uduszenia utraciło życie. W jaki sposób ostatecznie uduszenie dziecka dokonanem zostało, obecne oględziny nie dostarczyły żadnych pewnych danych, przychylamy się jednakże do twierdzenia, że działanie złéj woli obwinionéj nie jest tutaj wykluczone, a nawet wydaje się prawdopodobnem, zwłaszcza, że ogólne objawy wyniszczenia i wygłodzenia organizmu l. 7, 8, 13, 15, 23 dowodzą, że dziecko w bardzo wysokim stopniu przez matkę zaniedbanem było. Sińce opisane pod l. 3 na okolicy skroniowéj się znajdujące, powstały wskutek uderzenia lub ugniecenia jakiemś narzędziem twardem, tępem, okrągławem, gładkiem, nieobjętem i zadane zostały za życia i nawet niedługo przed śmiercią, stanowią one jednak same przez się lekkie obrażenie cielesne i na ostateczną przyczynę śmierci czyli uduszenie żadnego wpływu nie wywierały.

Na podstawie tego orzeczenia wytoczyła Prokuratoryja przeciw Katarzynie Ł. śledztwo o zbrodnię morderstwa, jednak z uwagi na doniosłość sprawy, jak niemniéj z uwagi, że lekarzom obducentom pierwotnie z wyniku oględzin i sekcyi nasunęły się wątpliwości, do których usunięcia miał im posłużyć wynik przesłuchania świadków, że następnie pomimo, że zeznania świadków nie dostarczyły rezultatu dodatniego, na podstawie samego wyniku sekcyi wydali stanowcze orzeczenie co do przyczyny śmierci dziecka Katarzyny Ł., wskazując na rozmyślne uduszenie dziecka, że orzeczenie to nasuwa uzasadnione wątpliwości, których przez ponowne przesłuchanie obducentów nie możnaby, według zdania Prokuratoryi, prawdopodobnie usunąć, wezwano dwu innych lekarzy, aby na podstawie aktów orzekli stanowczo o przyczynie śmierci dziecka oraz o przyczynie powstania zmiany na żebrach opisanej, pod l. 16 protokołu sekcyi.

Lekarze ci mając sobie przedłożone akta téj sprawy orzekli co następuje:

1) Uwzględniając wynik sekcyi i zeznania świadków musimy twierdzić zgodnie z obducentami, że najbliższą przyczyną śmierci 6 cio miesięcznego dziecka Katarzyny Ł. było uduszenie.

2) Według największego prawdopodobieństwa nastąpiło w przypadku niniejszym uduszenie przez zatkanie ust i nosa przedmiotem podatnym, który nie pozostawił śladów swego działania na powłokach zewnętrznych, a przedmiotem takim mógł być sutek kobiety karmiącéj, zwłaszcza gdy ta we śnie pogrążoną była; tak więc uduszenie najprawdopodobniej nastało przypadkowo.

3) Doświadczenie poucza, że w ten sposób giną często dzieci, względnie oseski zupełnie zdrowe i prawidłowo odżywione; tem snadniéj też mogło w ten sposób uledz uduszeniu dziecko schorzałe, źle odżywione, które miało przebywać nieżyt przewodu pokarmowego, a które według naszego przekonania było nadto dotknięte krzywicą.

4) Zmiany bowiem opisane na żebrach po obu stronach w linijach sutkowych, polegające na zgrubieniach, są według naszego przekonania tylko zmianami jakie krzywica w tem właśnie miejscu sprowadza (t. j. w miejscach spojeń żeber z chrząstkami), żadną zaś miarą nie mogą te zgrubienia dowodzić przebytych nadłamań tylu żeber jak to przypuszczają obducenci.

5) Sińce opisane przez obducentów na czole zwłok, mogły pochodzić od uderzenia się dziecka o przedmiot twardy i tępy; nie stały one w żadnym związku ze śmiercią dziecka i stanowiły same przez się lekkie uszkodzenie ciała.

Sądzimy, że w tem zgodzi się z nami każdy lekarz sądowy, iż symetrycznych zgrubień na żebrach nie można było żadną miarą uznawać w tym przypadku za kostninę po przebyciu tylu złamań względnie nadłamań. Jakkolwiek opis tych zmian nie jest dostateczny i nastręcza poważne wątpliwości, wyrażenie obducentów „2 rzędy gruczołowatych wzniesień“, nie wiadomo czy się odnosi do jednéj strony, czy do obu stron klatki piersiowéj, to jednak przeciw przypuszczeniu przebycia tylu nadłamań żeber przemawia już ta okoliczność, że nie można pojąć jak mogłoby dziecko przeżyć nadłamanie 8-miu żeber, zwłaszcza że według niejasnego opisu obducentów byłoby pięć złamań podwójnych. Gdy więc zmiany na żebrach, którym znawcy pierwsi tak doniosłe znaczenie nadali, trzeba było koniecznie usprawiedliwić i wytłomaczyć, uznawaliśmy za odpowiednie położyć je raczéj na karb krzywicy, która rzeczywiście zmiany podobne sprowadza, aniżeli przypuszczać, że dziecko albo przebyło równoczesne złamania tylu żeber lub zgoła doznawało systematycznie łamań żeber w ciągu krótkiego swego żywota, zwłaszcza gdy doświadczenie wskazuje, że złamania żeber u osesków zdarzają się nader rzadko. Na jakiéj podstawie twierdzą obducenci, że te złamania żeber powstały przez „ugniatanie członkami złożonych palców pięści“ (*sic*), na co mają „wyraźne dowody“, to dla nas musi pozostać zagadką.

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Winternitz: Przyczynek do leczenia barwieniem tkanek patologicznych.

W lecznictwie ludowem powidło i odwar z borówki (*Vaccinium myrtillus — Fam. vaccinicae*) są znane jako sku-

teczny środek przeciwbiegunkowy. Winternitz używa od dłuższego czasu odwaru z modrych, świeżych lub suszonych borówek w najrozmaitszych rodzajach biegunki. Podręczniki tylko pobieżnie zajmują się działaniem borówki. W podręczniku Husemanna o lekach znachodzimy, iż borówka suszona jest smaku nieco ściągającego z powodu obecności garbnika. Części jéj składowe w stanie świeżym oprócz garbnika są: cukier, kwasy organiczne, kwas chinowy, krzepnik, liposok i barwik. Borówka jest znaną jako środek lekarski ludowy wypróbowany przeciw czerwonce i biegunce. Winternitz używa jako środka przeciwbiegunkowego odwaru świeżo gotowanego, zgęszczonego, najczęściéj zaś ze suszonych borówek. Gotowanie borówek trwa przez 2 godziny, dopóki cała masa nie jest zbitości ulepku. Po przecedzeniu i wyciśnięciu soku, pozostającego jeszcze w borówkach, jest lek do użytku zdatny. Przeciw biegunce zaleca 1—3 pełnych filiżanek od kawy w przeciągu doby. Wspomniany lek oddawał mu usługi w takich przypadkach, w których najrozmaitsze środki ściągające, nawet i przetwory makowcowe ze żadnym lub nieznacznym skutkiem podawano. Także i uporczywe, wyniszczające, nawet wszystkim przetworom farmaceutycznym opór stawiające biegunki suchotników zwalczał często przez podawanie odwaru z borówek w powyż opisany sposób przez kilka dni i nawet tygodni. Ściągającego działania borówek z ich chemicznego składu nie można dotąd dosadnie wytłumaczyć.

Suchotnicy z biegunkami wyniszczającemi uskarżają się na ból języka. Powodem tego bólu jest odłuszczanie przybłonka pokrywającego powierzchnię języka. Winternitz zauważał, że z poprawieniem i stłumieniem biegunki ustawał i ból językowy. Z początku jednak nie uważał na długotrwające zabarwienie błony śluzowéj jamy ust. Dopiero doświadczenia i badania z ostatniego czasu, a mianowicie badania Mosetiga i Stillinga nad wartością leczniczą barwików dały podstawę do zapatrywania, iż barwik w borówkach się znajdujący, za jedyny skuteczny składnik uważać należy. Przypadkowo stwierdził skuteczne działanie odwaru z borówek w przypadkach języka łuskowatego (*Leukoplakia linguae*). Chory, który przed 25 laty przebył kiłę, cierpiał na uporczywą biegunkę. Najrozmaitsze zabiegi lecznicze nie skutkowały, poczem chory zasięgnął rady Winternitza. Podawano mu odwar z borówek. Razu pewnego chory będąc i śledziennikiem przyszedł przestraszony do Winternitza żaląc się, iż język jest w stanie zgorzeli, ponieważ takowy boli i jest czarno zabarwiony. Przy dokładnem badaniu i z wywiadów pokazało się, iż chory od 20 lat prawie cierpiał na język łuskowaty, przeciw któremu cierpieniu najrozmaitsze sposoby leczenia bez skutku wypróbowano. Plamy zwykle białe przedstawiały się teraz u chorego jako czarne kępki, najwięcéj ułożone na brzegach języka. Rozpadliny i powierzchowne popękania wyraźnie czarno zabarwione. Zachodziło więc w danym przypadku zadawnione cierpienie błony śluzowéj języka (*Leukoplakia oris*). Prawidłowa błona śluzowa jednak nie była zabarwioną. Chory podawał, iż w 10 minut po zażyciu odwaru bóle w języku się wzmagały, poczem jednak nagle ustąpiły. Winternitzowi przyszło na myśl leczenie nowotworów barwieniem według Mosetiga. Zalecił choremu 3 razy dnia odwar z borówek i płukanie jamy ust 3 razy dnia po 10—15 minut. Po kilku dniach chory wyraził się, iż już od lat język jego nie był w tak dobrym stanie. Badanie jamy ustnéj wykazało też znaczne polepszenie. Przez kilka godzin po płukaniu odwarem powstało atramentowo czarne zabarwienie schorzałéj błony śluzowéj, poczem czarno zabarwione przybłonki odłuszczały się. Po czterotygodniowem leczeniu błona śluzowa ust była już całkiem prawidłową.

Winternitz doświadczał też odwaru w ostréj i przewlekłéj rzeżące, a mianowicie odwar do wstrzykiwań. Chory z ostrą rzeżączką, który 3-go dnia po zarażliwem spółkowaniu odwarem leczyć się zaczął, u którego stwierdzono mnóstwo gonokoków w wydzielinie rzeżączkowéj, po upływie 12 dni za pomocą tychże wstrzykiwań (3 razy dnia) wyleczony został. 12-go dnia wydzielina cewkowa skąpa, żadnych gonokoków wykazać nie było można. Winternitz prosi kolegów o dalsze badania w tym kierunku. (*Blaetter f. klin. Hydrotherapie*, lipiec 1891).

Berlioz (Grenoble): **Mikrocydyna, nowe** *antisepticum.*

Zalety tego nowego środka przeciwgnilnego, który się składa z 75% naftolu sodowego a 25% połączeń fenolowych i naftolu, są wedle autora: że jest mało trujący, własność pasożytnicza 10 razy większa od karbolu, nie szkodzi narzędziom i bieliźnie; a w końcu, że jest bardzo tani. Rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:3, a roztwór 3‰—5‰ działa doskonale odwietrzająco na rany nawet zakażone. Tego samego też roztworu użyć można do przestrzykiwań pochwy, macicy i jam surowiczych. (*Wr. med. Presse*, 1891, Nr. 20).

Choroby nerwowe.

Kurt (Wiedeń): **O pewnym objawie odruchowym nerwu trójdzielnego i leczniczem tegoż zastosowaniu.**

W maju r. z. doniósł K. tymczasowo na posiedzeniu Tow. Lek. o następującem spostrzeżeniu: „U dziecka 6 letniego, które w przebiegu kokluszu doznawało napadów drgawek i skurczu głośni, odkrył możność zmniejszenia a nawet zupełnego zwolnienia tychże przez drażnienie błony śluzowéj oka lub nosa, więc drogą nerwu trójdzielnego. Metodę tę następnie zastosowywał we wszystkich przypadkach skurczu głośni u dzieci w ten sposób, że część pierzastą pióra gęsiego, zanurzoną dla dobitniejszego działania w mięszaninie chininy z cukrem, wprowadzał do nosa i drażnił błonę śluzową, — przyczem zauważył natychmiastowe ustąpienie napadu, a po dłuższem leczeniu (14-dniowem) napady wcale nie powracały". — Odtąd doświadczał autor swéj metody w 13 przypadkach skurczu głośni, zawsze z tymsamym dobrym skutkiem i przychodzi do przekonania, że zakończenie nerwu trójdzielnego tak w oku jakoteż i nosie tamują działanie *n. laryngeus recurrens*. Rozszerzając swoję metodę także na inne od nerwów mózgowych pochodzące kurcze, stosował ją w kurczach klonicznych n. twarzowego (*tic convulsiv*), w t. zw. *Gähnkrampf* i otrzymywał dobre wyniki. (*Wr. med. Presse* 1891 Nr. 21 i 22). *Dr. Ebersohn.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

VI. Posiedzenie z d. 4 kwietnia 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 20.

1) Kol. Bylicki wspomina o śmierci prof. Karola Brauna i podnosi liczne zasługi, jakie tenże dla położnictwa położył, poczem zgromadzenie przez powstanie pamięć zmarłego uczciło.

2) Nastąpił wykład kol. Riegera o miejscowem leczeniu chorób narządu oddechowego za pomocą wód siarczanych, który ma być ogłoszonym. Prelegent mówi o próbach, jakie w tym kierunku czynił w Lubieniu z pomyślnym wynikiem — przedstawia przyrząd rozpylający Neudorfera, służący do wdychiwania rozpylonej wody, którego używał do leczenia tychże chorób; wreszcie podaje, że kol. Krokiewicz czyni doświadczenia, czy i jaki wpływ wywierają te wody na bakteryje.

W dyskusyi popiera kol. Ziembicki doświadczenia kol. Riegera, gdyż będąc we Francyi, gdzie używają wód siarczanych często do leczenia narządu oddechowego o skuteczności tychże niejednokrotnie się przekonał. Kol. Prus zarzuca, że jak doświadczenia Smoleńskiego wykazały para z inhalatora nie dostaje się do płuc, lecz tylko do pierwszych dróg oddechowych, wątpi więc o skuteczności tych wód do miejscowego leczenia, chyba przez to, że inhalacyje ułatwiają wykrztuszanie wydzieliny. Kol. Stachiewicz podaje, że przekonał się w Warbrunn o skuteczności wód siarczanych w chorobach przewlekłych nosa i gardła. Zapytuje, czy żołądek nie cierpi przez to, że pewna część przez połknięcie doń się dostaje. Kol. Rieger odpowiada, że wodę siarczaną z Lubienia piją chorzy nieraz nawet w większych ilościach bez żadnej dla żołądka szkody — co do zarzutu kol. Prusa, to Neudorfer wykazał, że znacznie

mniejsze ilości leku drogą inhalacyi wprowadzone silniejszy wywierają skutek, niż większe przez żołądek, jestto dowodem, że drogą oddechową następuje silne wessanie. kol. Seifman popiera to zdanie Neudorfera doświadczeniami swymi na zwierzętach.

3). Nastąpił wykład kol. Prusa o kantarydynianie potasowym. Rzecz cała będzie ogłoszoną. W dyskusyi przemawiali koll. Uhrich i Stachowicz.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

VII. Posiedzenie z d. 18 kwietnia.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 26.

1) Kol. Prus przedstawia chorego z *Paralysis agitans*. Sprawa chorobowa po napadzie podobnym do apoplektycznego wystąpiła naprzód w odnodze górnej lewej, później dolnej lewej, w końcu po stronie prawej. W dyskusyi zabierali głos kol. Piotrowski i Prus.

2) Kol. Feigel przedstawia rzadki przypadek raka kości goleniowej i okazuje preparaty mikroskopowe. (Wykład ten będzie ogłoszony w „Przeglądzie Lekarskim"). W żywej dyskusyi przemawiali koll. Krokiewicz, Wehr, Ziembicki, Schram i prelegent.

3) Nastąpił wykład kol. Jendla „o różnicach pomiędzy szkołą Nancy a Salpetrière". W dyskusyi mówili kol. Prus i prelegent.

4) kol. Wehr zdał sprawę z ważniejszych odczytów na Zjeździe chirurgów w Berlinie a następnie okazał: a) puszkę do przenoszenia sterylizowanych opatrunków, b) drut srebrny miękki i podatny polecamy przez Schedego zamiast jedwabiu, c) filc prasowany z miazgi drzewnéj używany zamiast waty.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

V. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Sekcyja ginekologiczna.

Posiedzenie I. dnia 17 lipca popołudniu.

Przewodniczący: prof. Tyrchowski, sekretarze: dr. Cercha i dr. Godlewski.

Prof. Mars opisuje nieznany i nieogłoszony nigdzie przypadek tętniaka tętnicy macicznéj, przedstawiając kobietę cierpieniem tem dotkniętą. Przy badaniu przez pochwę wyczuć można guz tętniący wielkości orzecha, zmniejszający się przy ucisku, po ustaniu ucisku znowu się wypełniający. Nie da się rozstrzygnąć pytanie, czy jestto czysty tętniak, czy też guz skomplikowany. Z objawów podmiotowych występuje uczucie pukania, któremu jednak znaczenia przypisać nie można.

Dr. Bylicki ze Lwowa zwraca uwagę, że tętniak taki może stać się przyczyną groźnego krwotoku podczas porodu i opisuje przypadek podobny, w którym chora uległa z krwotoku po porodzie. Radzi też chorą tę leczyć bądź przez operacyję, bądź też (co w tym przypadku bardziéj jest wskazane), przez galwanopunkturę. Dr. Kohn jest również za tem, aby leczyć chorą, gdyż już wskutek wzrostu tumoru i ścieńczenia ścian jego grozi choréj niebezpieczeństwo pęknięcia, i radzi założenie kleszczyków Richeliota od strony macicy.

Za leczeniem przez ucisk jest także prelegent, który jako przyczynę powstania cierpienia przyjmuje nadwerężenie ściany naczyń powstałe przez przykładanie pijawek, co chora przez długi czas czyniła, lecząc się z powodu braku czyszczeń miesięcznych.

Dr. Braun uważa wywieranie ucisku za niebezpieczne z powodu *atheroma* i radzi podwiązanie naczyń a szczególnie naczynia doprowadzającego.

Dr. Święcicki z Poznania jest za uciskiem i to zapomocą cążków Kohtsa, które zgromadzonym demonstruje. Prof. Tyrchowski sądzi, że operacyja nie jest tu wskazaną, albowiem chora prawdopodobnie nie zajdzie już w ciążę mając obecnie lat 44, a powiększenie guza może tylko zabieg operacyjny ułatwić.

Nastąpił referat Dra Antoniego Natansona z Warszawy: „O postępowaniu leczniczem wobec włókniaków macicy". Omawiając zabiegi lecznicze, wychodzi mowca z założenia, że usunięcie guza, jako niebezpieczne dla choréj musi poprzedzać leczenie objawowe, i że leczenie objawowe jest wtedy najlepsze, gdy przy tym samym rezultacie najmniejszą szkodę choremu ustrojowi przynosi. Naturalnie, że bezwzględnie operować należy wobec powikłania włókniaka nowotworem złośliwym lub ciążą; względnem zaś wskazaniem jest krwawienie i niezdolność do pracy.

Z metod leczenia objawowego wylicza N. środki farmaceutyczne i podaje pod krytyczny sąd ich wartość: 1) przetwory sporyszu okazują działanie niepewne i wywołują u chorych przewlekłe zatrucie — jedynie jeszcze mogłyby oddać usługi w celu przyspieszenia samorodzenia się włókniaka. 2) Mniej niebezpieczne jest działanie *hydrastis canadensis* i jej przetworów, działanie to jednak, polegające na zmniejszeniu krwawienia, jest nadzwyczaj krótkotrwałe. 3) Kąpiele mineralne przez zbawienny wpływ na sprawy zapalne sprawiają chorym nieraz ulgę, jednakże w praktyce średniéj i uboższéj nie można ich zastosować. 4) Bardzo *en vogue* jest elektryczność. Prąd przerywany wywoływa skurcze macicy i uśmierza ból — znaczenie jego jest jednak niewielkie i mało kto go obecnie stosuje. Natomiast powszechnie stosuje się prąd stały, którego działanie jest bezwątpienia kaustyczne i który wywołuje zmiany odżywcze w guzach i zmiany w świetle naczyń. Opisawszy technikę stosowania prądu stałego, zebrawszy wskazania i przeciwskazania przedstawia prelegent korzystny wpływ tego sposobu leczenia, którego szczegółowe powtórzenie wychodzi po za ramy niniejszego sprawozdania, następnie przechodzi prelegent do sposobów operacyi, a mianowicie wylicza zalety i wady, sposób wykonania itp. kastracyi i wyłuszczania włókniaków, a w końcu zestawia zabiegi lecznicze w następujących punktach:

Tam gdzie mamy do zwalczania krwotoki, ból, ucisk i stały wzrost guza powikłany tylko stanem zapalnym części dodatkowych, leczenie objawowe winno poprzedzać zabieg operacyjny, w pierwszéj linii stosować należy prąd stały. Samorodzenie się włókniaka należy przyspieszać przez przez rozszerzanie szyi i stosowanie sporyszu. Jeżeli chora jest bliską menopauzy a guz trudny do wyłuszczenia, to wskazaną jest kastracyja. Wszelkie powikłania włókniaków są wskazaniem do operacyjnego usunięcia. Przy wyłuszczaniu prelegent daje pierwszeństwo metodzie wewnątrz otrzewnowéj; przy najmniejszem jednak podejrzeniu co do możności wystąpienia krwotoku następowego lub zakażenia należy stosować metodę zewnątrzotrzewnową.

Drugi referent w tym przedmiocie dr. Cercha uzupełnia wywody poprzednie przez dodanie kilku pominiętych tam szczegółów. I tak zwraca uwagę na zmiany lokalne, które wstrzykiwania sporyszu sprowadzają, mianowicie zgrubienia tkanki łącznéj i ropnie i na groźne niebezpieczeństwa zwyrodnienia ścian tętnicy wieńcowéj serca. Następnie wspomina o sposobie Rydygiera leczenia włókniaków, polegającym na podwiązaniu naczyń odżywczych; mowca przypomina sobie, że jeden przypadek w ten sposób leczono z pomyślnym rezultatem. Wreszcie wylicza gwałtowne objawy, które włókniak usadowiony w miednicy małéj szybko wzrastając, przez ucisk na odbytnicę i pęcherz wywołać może.

Dyskusyję rozpoczął Dr. Jaworowski z Lublina przemawiając za leczeniem zapomocą prądu stałego.

Prof. Mars zwraca uwagę, że należy indywidualizować, że często w praktyce prywatnéj nie pozostaje nic innego, jak tylko stosowanie sporyszu i jakkolwiek jestto połączone ze szkodą dla choréj, to i inne metody nie są wolne od téj wady.

Tego samego zdania jest Dr. Sztembart z Warszawy i Dr. Święcicki z Poznania, który ostrzega przed długiem leczeniem wstępnem, gdyż przez to osłabia się mię-

sień sercowy, co sprawia, że warunki do operacyi stają się niekorzystnemi.

Sekcyja okulistyczna.

Posiedzenie I. dnia 17 lipca po południu.

Przewodniczącym wybrano prof. Rydla, sekretarzem Dra Sroczyńskiego.

Całe posiedzenie zajął referat Dra Ziemińskiego z Warszawy w sprawie „Antyseptyki w oftalmologii“. Referat ten umieszczony będzie w rozciągłości w jednym z najbliższych numerów „Przeglądu Lekarskiego“ i dlatego treści jego w tym miejscu nie podajemy.

W dyskusyi zabierali głos: dr. Sroczyński, prof. Rydel, drowie Kramsztyk, Kamocki i prelegent.

Sekcyja medycyny teoretycznéj.

Posiedzenie I. dnia 17 lipca popołudniu.

I. Wykład wygłosił prof. Mareš z Pragi „O elektrycznem podrażnieniu nerwu“. Jestto streszczenie pracy, w której autor starał się zbadać, który biegun prądu indukcyjnego, sprawia podrażnienie nerwu. Znalazł on, że z początku punktem wyjścia podniety jest katoda, że póżniej jednak i anoda wywiera podrażnienie, że zresztą zależy to od wpływów termicznych i natężenia prądu.

II wykład prof. Chodounskyego: O stosunku fizyjologicznego działania do chemicznéj budowy niektórych derywatów benzolowych. W dyskusyi zabierali głos Dr. Sobierański z Marburga i prelegent.

Następnie Doc. Obrzut z Pragi w wykładzie: „O pochodzeniu istoty chromatycznéj ciałek ropnych i innych podobnych komórek“ dowodził tego, co twierdził kilkakrotnie w rozmaitych pracach, że główną rolę w powstawaniu wypociny zapalnéj, w tworzeniu się nacieków zapalnych, nawet w powstawaniu tworów granulacyjnych odgrywają nie ciałka białe, ani komórki stałe odpowiednich tkanek, lecz ciałka czerwone, które według przekonania prelegenta wychodzą gromadnie z naczyń i ulegają przemianie wstecznéj.

Dr. Mayzel z Warszawy prosi prelegenta, aby korzystając z obecności tylu kolegów fachowych, zechciał wykonać w ich obecności doświadczenie całe, a nie ograniczał się tylko do przedstawienia preparatów. Wobec tego, że twierdzenie tylokrotnie wypowiedziane przez doc. Obrzuta, stoi w sprzeczności z zapatrywaniami obecnie powszechnie przyjętemi, wykonanie podobnego doświadczenia wobec uczestników Zjazdu jest bardzo pożądane, gdyż najpewniej mogłoby wszystkich przekonać, lub, co zdaniem mowcy prawdopodobniejsze, mogłoby się przyczynić do wykazania źródła błędu.

Wniosek ten popiera także prof. Browicz i ofiaruje swój zakład, gdzie w ciągu kilku dni pozostających jeszcze do końca Zjazdu, możnaby takie doświadczenie wykonać.

Doc. Obrzut uważa propozycyję podobną za ubliżenie i za brak wiary w ścisłość wykonywania doświadczeń, i dla tego jest gotów demonstrować tylko preparaty, doświadczenia jednak nie wykona.

Nastąpił referat Dra Pruszyńskiego z Warszawy: „O zatruciach ustroju przez zasady organiczne (ptomainy i leukomainy)“, w którym prelegent w treściwy sposób przedstawił dotychczasowe zdobycze naukowe i badania wykonane nad działaniem produktów przemiany materyi i rozkładu mikroorganizmów.

Dyskusyja nad tym przedmiotem odbyła się na następnem posiedzeniu.

Sekcyja higijeny i medycyny sądowej.

Przewodniczącym na I posiedzeniu wybrano protomedyka Dra Merunowicza.

Dr. Pollak z Warszawy przedstawił plany i szkice odnoszące się do urządzeń sanitarnych w Warszawie.

W dyskusyi przemawia Dr. Bujwid, podając wyniki badań wody z nowych wodociągów, która dzięki odpowiednio zbudowanym filtrom zawiera bardzo małą ilość bakteryj, między któremi nie znaleziono nigdy drobnostrojów chorobotwórczych.

Następnie Dr. Obtułowicz przedstawił: „Wyniki badań drobnowidowych rowków szyjnych u powieszonych i zagardlonych, oraz wartości tychże badań pod względem sądowo-lekarskim, okazując odpowiednie preparaty drobnowidowe. Prelegent twierdzi, że wśród pewnych korzystnych warunków, gdy sznurek strangulacyjny jest nierówno skręcony, posiada duże łuki i t. d., powstają w rowku strangulacyjnym za życia drobne, pod mikroskopem tylko widzialne wynaczynienia, których cechą jest, że są ograniczone. Sztucznie po śmierci wywołany rowek strangulacyjny okazuje czasem także wybroczyny, ale te nie są ostro ograniczone i powstają szczególnie wtedy, gdy sznur założono na plamę pośmiertną. Z tego wnosi Dr. O., że wybroczyny drobne, ograniczone w tych częściach rowka strangulacyjnego, które nie są zasinionemi, przemawiają za strangulowaniem za życia, jakkolwiek brak wybroczyn tego nie wyklucza.

W dyskusyi przemawia Dr. Janowski i prof. Blumenstok, który wzywa do nader ostrożnego rozstrzygania pytania, czy przyczyną śmierci w danym przypadku było zadławienie.

Oprócz wyliczonych sekcyj medycyny teoretycznej i zastosowanej obradowały jeszcze następujące sekcyje z dziedziny nauk przyrodniczych.

Sekcyja fizyczno-matematyczna pod przewodnictwem prof. Witkowskiego; sekcyja mineralogii, geologii i geografii fizycznej, przewodniczący prof. Dunikowski; sekcyja zoologii, przewodniczył prof. Kadyj; sekcyja antropologiczna, przewodniczący JE. Dr. Majer.

Nadto po raz pierwszy na tym zjeździe z inicyjatywy prof. Cybulskiego utworzoną została sekcyja psychologiczna. Że myśl tę nazwać można szczęśliwą i udałą, dowodzi najlepiej długi szereg wykładów zgłoszonych z dziedziny psychologii i liczny zastęp słuchaczy, który na wszystkich posiedzeniach tej sekcyi salę obrad zapełniał.

Na I. posiedzeniu odbył się Dra Massoniusa wykład: „Teoryja poznania i psychologia“, nad którym nadzwyczaj żywa toczyła się dyskusyja, zapełniająca cały porządek dzienny posiedzenia.

Po skończeniu obrad sekcyjnych znaczna część członków i uczestników Zjazdu zwiedzała osobliwości miasta, a wieczorem odbyło się w sali Towarzystwa strzeleckiego zebranie, na które imieniem rady miejskiej prezydent Szlachtowski wszystkich członków i uczestników zaprosił.

W sobotę 18 lipca przed południem odbywały się znowu posiedzenia sekcyjne:

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Posiedzenie II. Przewodniczący Dr. Dunin.

I. wykład. Prof. Gluziński: „Przyczynek do mikkroskopii treści żołądkowéj na podstawie doświadczeń podjętych z Drem Buzdyganem.“

Prelegent kładzie nacisk na wejrzenie i cechy treści żołądkowej, w której znajduje się znaczna ilość kwasu solnego. Badając treść taką pod drobnowidem, znajduje się w niej przedewszystkiem jąderka, o których wspominał już Jaworski, a nadto komórki przybłonkowe, odpowiadające swem wejrzeniem i zachowaniem się wobec odczynników komórkom głównym, wydzielającym pepsynę. Obecność tych komórek w treści badanej świadczy o tem, że żołądek wydziela pepsynę, wejrzenie zaś ich zmienione pod wpływem HCl, będącego tym cechującym odczynnikiem, świadczy właśnie o obecności kwasu solnego.

W rozprawie zabiera głos Dr. Rajchmann, przyznając znaczenie rozpoznawcze jąderek co do obecności lub braku kwasu solnego. Niejasnem tylko jest, dlaczego koniecznie trzeba przypuszczać, jakoby jąderka te powstawały z komórek głównych, a nie z ościennych. Nadto zwraca mowca uwagę na znaczne łuszczenie się przybłonka, które w sokotoku ogromne przybiera rozmiary.

Prof. Gluziński przytacza badania, dowodzące pochodzenia jąderek z komórek głównych.

Dr. Dunin zwraca uwagę na to, o czem już prof. Jaworski wspomniał, t. j. że należy odróżnić dwie postacie sokotoku żołądka, t. j. jednę, w której kwas solny jest wolny, a drugą z kwasem solnym utajonym. Obie te postacie można od siebie odróżnić przy pomocy rozcieńczonych barwików.

II. wykład. Dr. Zieliński z Warszawy: O opadnięciu jelita poprzecznego.

Badając przy sekcyjach 127 przypadków opadnięcia jelita poprzecznego znalazł prelegent w 37 wydłużenie prawego płatu wątrobowego, w 13 wątrobę gorsetową, w 14 nerkę wędrującą, w 14 nadżarcia krwawe błony śluzowej żołądka, a w 10 wrzody okrągłe w żołądku i dwunastnicy. Dr. Z. uważa wymienione cierpienia za będące w związku z opadnięciem jelita i tłomaczy powstawanie wątroby gorsetowej wytwarzaniem się przekrwienia z powodu próżni, wywołanej opadaniem, powstawanie nerki wędrującej odciąganiem jej więzadeł, wreszcie wrzody okrągłe żołądka i jelit zamknięciem światła naczyń wskutek ich wydłużenia. Przypuszczenie to, zdaniem prelegenta, tłomaczy niektóre objawy towarzyszące wrzodom żołądka.

Objawy neurasteniczne i dyspepsyje nerwowe towarzyszą bardzo często opadaniu jelita, nie są jednak od tego zależne.

Rozprawę wszczął Dr. Rajchmann, twierdząc, że powyższy sposób tłomaczenia powstawania wrzodu okrągłego żołądka, jakkolwiek jest prawdopodobny, jednak nie wyjaśnia nam przyczyny, dlaczego wrzodowi okrągłemu towarzyszy nadmierne wydzielanie kwasu solnego.

Prelegent sądzi, że opadnięta poprzecznica pociągając za sobą żołądek, wywołuje przerost jego błony śluzowej.

Prof. Brodowski zarzuca teoryi dra Zielińskiego, że niektóre zjawiska przeciw niej przemawiają. I tak wobec znacznego opuszczenia się poprzecznicy u ludzi dotkniętych przepukliną, pomimo zaburzeń w krążeniu nie powstają wrzody w jelitach, a to dla tego, że w nich soku żołądkowego nie ma.

Dr. Zieliński w odpowiedzi zwraca uwagę, że stopień opadnięcia niekoniecznie idzie w parze z łatwością tworzenia się wrzodów, gdyż, jeżeli naczynia równocześnie się wydłużają, nie przychodzi wcale do zwężenia ich światła.

Prof. Gluziński podnosi okoliczność, że u kobiet wiejskich, u których z powodu nieszanowania się po porodzie mięśnie brzuszne są wiotkie i opuszczenie się poprzecznicy jest nadzwyczaj znaczne, przecież wrzody okrągłe są rzadsze niż u kobiet miejskich.

Prelegent tłomaczy powstawanie wrzodów żołądka u mieszczan częstem zaparciem stolca i łączącemi się z niem zaburzeniami w krążeniu.

III. Dr. Dunin przedłożył referat: „O mięszanem zakażeniu, z przeważnem uwzględnieniem duru brzusznego".

Zakażenie mięszane jest to stan chorobowy zależny od działania dwóch różnych rodzajów drobnoustrojów. Stosunek tych mikroorganizmów może być dwojaki: albo jedne z nich wywołują chorobę, której postać przeważa (dur, płonica itd.), a drugie są przyczyną powikłania (ropienie, zapalenie dyfteryczne), albo też obecność obu rodzajów bakteryj jest konieczną do powstania choroby. Nauka o zakażeniu mięszanem znaną jest prawie jedynie tylko z badań klinicznych i dlatego nie mamy dokładnego pojęcia o wzajemnym stosunku drobnoustrojów do siebie. Z prawdopodobieństwem powiedzieć możemy, że odgrywają tu rolę: wyniszczenie ustroju, otwierające pole działania drugorzędnych bakteryj i otwarcie nowych dróg dla wejścia drugorzędnego jadu (wrzody jelitowe). Prawdopodobnie ma też miejsce i symbijoza tj. sprawa, w której jeden gatunek drobnoustrojów przez swe procesy życiowe stwarza warunki, ułatwiające rozwój i działanie innego rodzaju mikroorganizmu. Że taka symbijoza istnieje, dowodzą doświadczenia Rogera i Massy. Zakażenie mięszane zdarza się najczęściéj w durze brzusznym, ospie, gruźlicy i w płonicy. Przyczyną zakażenia bywają dwa rodzaje bakteryj.

W dyskusyi prof. Gluziński przytacza przykład zakażenia mięszanego, którego przyczyną było złe urządzenie ubikacyj, które chorych mieściły. W klinice lekarskiéj krakowskiéj, po objęciu kilku pokoi, w których kiedyś znajdował się zakład anatomiczny, pojawiły się u chorych z durem brzusznym leżących w tych właśnie pokojach ciężkie powikłania, a śmiertelność była blisko 50%. Po wyrwaniu podłogi staréj, wysypaniu żwiru, założeniu nowéj i zdrapaniu ścian, w których pyle znajdowano liczne streptokoki i koki ropne, zakażenie mięszane więcéj się nie pojawiało. Cechującem jest, że w znacznéj części owych ciężkich przypadków, które zakończyły się niepomyślnie, zakażenie mięszane wchodziło drogą oddechową, gdyż sprawa rozpoczynała się od *phlegmone laryngis*. Z przytoczonego przykładu wysnuć można praktyczne wnioski o zapobieganiu wtórnego zakażenia.

Prof. Brodowski wspomina o 20 przypadkach promienicy, które łączyły się z ropieniami, mającemi odmienne wejrzenie i zawierającemi streptokoki. I w przebiegu błonicy obok prątka właściwego dyfterycznego znachodzimy bez wątpienia *streptococcus pyogenes*, a nawet *strept. pyog. articulolorum*; jednakże co się tyczy częstego wikłania się gruźlicy z ropieniem, uważa mowca twierdzenie Dra Dunina za przesadzone, gdyż istnieją prace, przemawiające za brakiem koków ropnych w jamach i wrzodach gruźliczych.

Dr. Biegański każe odróżniać od zakażenia mięszanego takie ropienia, które wprost wywołują swoiste mikroorganizmy danéj choroby. I tak znajdowano w abscesach wytworzonych w 2—3 miesiące po durze, prątki durowe. Takie samo ropienie wywołują prątek wąglikowy, nosacizny i t. d.

Prof. Korczyński zwraca uwagę na to, że kwestyję tę należy traktować dokładnie nie tylko z stanowiska bakteryjologicznego, ale i z klinicznego. Najtrudniéj jest pojąć powstawanie zakażenia mięszanego w ścisłem znaczeniu tego słowa, t. j. gdzie dwa rodzaje bakteryj równocześnie do ustroju wchodzą i tam się rozwijają. Łatwiejszem jest wytłomaczenie t. zw. zakażenia następowego, szczególnie w durze brzusznym. Są przypadki, gdzie w późnym okresie choroby, gdy klinicznie trzeba przyjąć, że mikroby chorobotwórcze już zginęły, pojawiają się objawy lokalne lub ogólne ropnicy, a badanie bakteryjologiczne wykazuje obecność drobnoustrojów ropotwórczych.

Dr. Arnstein sądzi, że najlepiéj jest pojąć rzecz w ten sposób, że obecność jednych drobnoustrojów przez wyniszczenie organizmu czyni go przystępnym do przyjęcia innych.

Prelegent nie wyłącza wprawdzie téj ostatniéj przyczyny zakażenia wtórorzędnego; że jednak wyniszczenie nie jest jedyną jego przyczyną, najlepszym dowodem jest charłactwo rakowe, w przebiegu którego ropienie zazwyczaj się nie zdarza.

Nadmienia nadto, że podobne powikłania ciężkie duru jak w klinice krakowskiéj, miał i w swoim oddziale i dzięki gruntownéj desynfekcyi doszedł do tego, że obecnie przebieg duru jest prawidłowy.

Zdaniem prof. Gluzińskiego dochodzenie, czy zakażenie mięszane w przebiegu duru jest zależne tylko od jadu durowego, możebne jest tylko drogą hodowli i to na ziemniakach; niestety jednak i to jeszcze nie jest zupełnie pewne.

Ostatecznie prof. Baranowski zwracając uwagę na praktyczną stronę omawianéj kwestyi, t. j. na leczenie, czyni wniosek, aby przedmiotem rozpraw na przyszłym Zjeździe był temat: „Jakie środki higijeniczne zastosować należy, ażeby w przebiegu chorób zakaźnych uniknąć zakażenia mięszanego."

Wniosek ten jednomyślnie uchwalono. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 20 sierpnia 1891. Według programu odbyło się w dniu 10 b. m. uroczyste otwarcie Zjazdu higijenistów i demografów w Londynie, w olbrzymiéj sali St. James-Hall. Zjazd zainaugurował przemową Książę Walii. W pięknem prze-

mówieniu wskazał Następca tronu Wielkiéj Brytanii na doniosłe sprawy, któremi Zjazd ma się zająć, uwydatnił ważność higijeny robotników i ubogich, w końcu powitał obcych delegatów. Prof. Brouardel podziękował Królowéj i Następcy tronu za życzliwość okazaną Zjazdowi, wspomniał, że Anglija przoduje pomiędzy państwami w systematycznem wprowadzaniu w życie zasady swego wielkiego Beaconsfielda, który staranie o zdrowie publiczne wskazywał jako pierwszy obowiązek męża stanu. — W Zjeździe brało udział około 2000 osób. Jako miejsce następnego Zjazdu wybrano Budapeszt.

* Dr. Andrzéj Obrzut, docent uniwersytetu czeskiego, został zamianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii patologicznéj. Z radością zapisujemy tę wiadomość stwierdzającą, że rodak i współpracownik nasz a uczeń Uniwersytetu Jagiellońskiego zyskał uznanie swéj pracy i zdolności w gronie profesorów czeskiéj *Almae matris*. Życzymy Mu też jak najlepszego powodzenia w pracy naukowéj pośród bratniego narodu, świadomi trudności, z jakiemi walczyć mu wypadło zrazu wśród obcych stosunków, zanim chlubne odznaczenie stało się Jego udziałem.

* 5-ty numer Dziennika VI go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników ukaże się w sobotę dnia 22-go sierpnia. Numer ten roześle się uczestnikom Zjazdu o ile podali swe adresy; uczestnicy miejscowi mogą go odebrać w księgarni Spółki wydawniczéj polskiéj (Pałac Spiski).

* Od dra Śliwińskiego otrzymujemy następujące pismo:

Do Członków i Uczestników VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników!

Przystępując do ułożenia wspólnéj grupy fotograficznéj z nadesłanych na ten cel fotografij, widzę ze smutkiem, że zaledwie połowa wszystkich Członków i Uczestników Zjazdu do tej grupy należy a przypuszczam, że nie niechęć ani cena (3 złr. 50 ct. za grupę albo 50 ct. za prawo figurowania na wspólnej fotografii) lecz inne skrupuły są tego przyczyną, dlatego też postanowiłem przedłużyć jeszcze do 10 września b. r. ostateczny termin do nadsyłania fotografij, aby dać możność wszystkim, którzy dotychczas na fotografiją się nie zapisali, nadesłania jeszcze fotografij swoich celem zamieszczenia ich w grupie wspólnéj.

Muszę nadmienić, że dotychczas nadesłali swoje fotografije najwybitniejsi lekarze praktycy i mężowie nauki, najwyższe stopnie w społeczeństwie naszem dzierżący, a może ta okoliczność skłoni i resztę Kolegów do figurowania wraz z nimi na wspólnym kartonie. Co do objawianych obaw, że w obec znacznéj liczby osób razem umieszczonych poszczególne portrety zbyt małe i niewyraźne wypadną, zapewniam, że tak nie będzie, gdyż fotografija zostanie wykonaną w rozmiarze arkusza fotograficznego papieru największego, na wzór fotografii z ostatniego Zjazdu w Kopenhadze, na któréj 500 osób zupełnie dokładnie jest sportretowanych, a co osiągnięto przez zaniechanie straty miejsca na emblematy i ornamenty, umieszczone na *pase par tout* i w ten sposób pozostawiono przeszło 6 ctm. kw. na każdą pojedynczą głowę, znany zaś jako pierwszorzędny zakład Bizańskiego daje rękojmiję doskonałego wykończenia. — Kolegów z Królestwa zapewniam, że fotografije zamówione, zostaną im doręczone wprost z Krakowa lub przez Warszawę. W imię solidarności lekarskiéj proszę wszystkich Kolegów członków odbytego Zjazdu w Krakowie, aby zechcieli skorzystać z przedłużenia terminu i nadesłali do mnie swoje fotografije o ile można jak najprędzéj, — Wszystkie pisma polskie proszę o łaskawe powtórzenie tej odezwy.

Adres: *Dr. Michał Śliwiński*, ul. Mikołajska l. 4.

* Otrzymujemy następujące pismo:

W Nrze 31 z d. 1 b. m. „Przeglądu Lekarskiego“ dr. Beck, zdając sprawę z wystawy przy ostatnim Zjeździe, był łaskaw słów parę poświęcić naszemu przyrządowi do wyjaławiania mleka. Wdzięczni za ten dowód uznania ze strony Szanownego sprawozdawcy, musimy jednak sprostować zdanie dra B. o naszym przyrządzie.

Sprawozdawca robi zarzut naszemu przyrządowi, iż przez zbyt wielką powierzchnię metalową wskutek promieniowania traci się dużo ciepła, przez co ciepłota „prawdopodobnie“ nie dosięga żądanego stopnia.

Zaznaczyć więc musimy, iż:

1) przy ocenie takich faktów jak zdolność utrzymania ciepłoty na pewnej wysokości bierzemy pod uwagę nie tylko powierzchnię przyrządu resp. objętość, ale zawsze stosunek tej powierzchni resp. objętości do ilości wprowadzanego ciepła. Dla tego też „zbyt wielkich“ powierzchni bezwzględnie biorąc być nie może, a możemy mówić tylko o zbyt wielkiej lub zbyt małej powierzchni względnie do ilości dostarczanego ciepła.

2) Ciepłota w naszym przyrządzie nie tylko „prawdopodobnie dosięga żądanych 69,5° C, ale dosięga jej rzeczywiście, w razie potrzeby może dojść nawet do 100° C. jeżli o tem niejednokrotnie mogliśmy się przekonać, mierząc ciepłotę w rozmaitych miejscach przyrządu.

Po bliższe dane, nie chcąc zabierać drogiego miejsca „Przeglądowi“, odsyłamy Szan. Sprawozdawcę i tych, których kwestyja ta bliżéj obchodzi do świeżo wydanej pracy naszej p. n. „Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt, Warszawa 1891“, gdzie znajdą uzasadnienie naszych poglądów na wyjaławiamie oraz dokładne zasady, na których oparty jest nasz przyrząd.

Nie nużylibyśmy łaskawych czytelników tą polemiką, gdyby nie to, iż zarzut dra B. jest poważnym, a zarazem najniesłuszniejszym z tych, jakie mogą być czynione naszemu przyrządowi.

Warszawa, d. 12 sierpnia 1891 r.

Dr. Leon Nencki. Dr. Józef Zawadzki.

* Do dnia 11-go sierpnia było w Krynicy 3513 osób; w Szczawnicy do d. 14 sierpnia 2697 osób; w Truskawcu do 8 sierpnia 973 osób; w Cieplicach czeskich do d. 17 sierpnia gości 560; w Iwoniczu d. 8 sierpnia osób 1692.

* W tygodniu 31-ym (od 2—8 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 10, urodzin 54, skonów 31; z tych z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 1, z nieżytu żołądka i jelit 4, z odry 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Profesor fizyjologii w Klausenburgu F. Klug został powołany na katedrę fizyjologii w Budapeszcie. Nowo otworzoną katedrę hygijeny w Kielu obejmuje prof. Bernard Fischer. Następcą prof. Rubnera na katedrze higijeny w Marburgu ma zostać prof. E. Löffler.

* **Wiadomości osobowe.** — Prof. dr. Antoni Drasche otrzymał tytuł radcy dworu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 31: Muttermilcha: Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy; Oberfelda: Nowe uciskadło kiszkowe; Sokołowskiego i Dmochowskiego: Przyczynek do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałów (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 31: Sznabla: Zależność działania leków od ich budowy chemicznéj. Nowsze środki lekarskie. — Nr. 8 *Przewodnika gimnast.* zawiera: Bracia Sokoły! — Drugi zjazd wszechsokolski w Pradze czeskiéj i Sokoł polski tamże. — Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. — Na cześć Zjazdu Sokołów. — Sprawy szkolne — Piśmiennictwo. — Kronika. — Ogłoszenia. — W *Gazecie Lek.* Nr. 32: Leszczyńskiego: Kilka spostrzeżeń nad plantacyją zębów; Muttermilcha: Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy (dok.); Sokołowskiego i Dmochowskiego: Przyczynek do patologii i klinik. spraw zapalnych migdałów (dok). — W *Medycynie* Nr. 32: Sznabla: Zależność działania leków od ich budowy chemicznéj. — Nowsze środki lekarskie. (c. d.)

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Jaśle. Uwagi szan. Kolegi przesłaliśmy Wydawnictwu kalendarza lekarskiego krakowskiego. — Cena kalendarza będzie 1 złr. 60 ct., z przesyłką 1 złr. 80 ct. — Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Kandydaci do posad muszą oprócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryjackiego,

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiéj.

3) nieskazitelny charakter,

4) znajomość języków krajowych,

5) praktykę najmniéj dwuletnią w zawodzie lekarskim,

6) nieprzekroczony 40-ty rok życia.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyjum Magistratu w Przemyślu do dnia 14-go września 1891 r. 87–3–1

Przemyśl, dnia 31 lipca 1891 r. *Dworski*

JAN IHNATOWICZ

magister farmacyi i chemik sądowy, wyrabia od 1875 r. **mydła lecznicze** odszczególnione na Wystawach krajowych, zagranicznych i lekarsko-przyrodniczych 10 medalami zasługi i dyplomem honorowym.

Wszystkie moje mydła lecznicze są zdumiewających skutków, przewyższają co najmniéj o 100% wszelkie dotychczasowe mydła, są też o wiele tańsze i przyjemniejsze w użyciu. Nietylko bowiem, że choroby skórne są przez nie w jak najkrótszym czasie uleczone, ale także uzyskana przez nie działalność skóry przyczynia się do osiągnięcia świeżéj, pięknéj i białéj cery.

Mydło będźwinowe używa się do usunięcia wyrzutów i plam skórnych, usuwa szorstkość skóry, a cerze nadaje czerstwość i aksamitną miękkość i delikatność. Kawałek 25 cnt.

Mydło boraksowe, wpływa bardzo korzystnie na płeć, dokładnie oczyszcza i wybiela skórę. Mydło to jest znakomicie działającym środkiem przeciw opaleniu, pryszczykom i pęcherzykom na twarzy, przeciw piegom i nieczystościom na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowe, uśmierza swędzenie i pieczenie skóry, usuwa wyrzuty i czerwoność z twarzy i rąk. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowo-siarkowe, usuwa czerwoność z twarzy i nosa, opalenie słoneczne i piegi. Kawałek 30 cnt.

Mydło karbolowe, bardzo korzystnie jest myć ręce, twarz, a nawet całe ciało w czasie epidemii, celem zabezpieczenia się od epidemii. Kawałek 20 cnt.

Mydło karbolowo-piaskowe, do mycia rąk dla pp. lekarzy i akuszerek, według przepisu WP. Dra med. Stroynowskiego. Kawałek 20 cnt.

Mydło kreolinowe, zawiera 5% czystéj kreoliny, znakomicie oczyszcza skórę, usuwa pryszcze, liszaje, świerzby, trądniki, płeć odświeża i wydelikatnia. Kawałek 35 cnt.

Mydło siarkowe, z wielkiem powodzeniem używa się do zniszczenia pryszczy i wszelkiego rodzaju wyrzutów na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło siarkowo-smołowe, mydło to składa się z 40% smoły a 10% siarki, przeważnie bywa używane na świerzb. Mydło to okazało się jako najlepszy środek przy téj słabości, przewyższyło ono bowiem wszystkie nowo wynalezione a tak kosztowne środki. Kawałek 35 cnt.

Mydło smołowo-glicerynowe, składa się z 35% gliceryny i 10% smoły (dziegciu), jest pod każdym względem jednem z najlepszych desinfekcyjno-higjenicznem mydłem toaletowem. Jako zwykłe mydło do użycia codziennego, jest przez odwietrzanie i skórę zmiękczającą własność znakomitym oraz wypróbowanym środkiem do usunięcia wszystkich nieczystości naskórnych, jakoto: piegów, plam wątrobianych, wągrów i t. p. Kawałek 30 cnt.

Mydło smołowe, zawiera 40% smoły (dziegciu); usuwa pryszcze, liszaje, wszelkie wysypki skórne, pocenie nóg i łupież na głowie. Kawałek 30 cnt.

Mydło storaksowe, używa się przy cierpieniach naskórnych, a przeważnie przy świerzbach. Kawałek 30 cnt.

Mydło tymolowe, zawiera 3% tymolu, znakomicie oczyszcza skórę od wszelkich wyrzutów. Kawałek 50 cnt.

Uwaga: Przy większéj ilości tak dla PP. lekarzy, jak i odsprzedających odpowiedni procent. 29—22—12.

TABLETKI Z WYCIĄGIEM KASKARY

80—25—7

wyrobu **Konstantego Wiszniewskiego**, aptekarza w Krakowie

polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.



WODY MINERALNE SZTUCZNE

tańsze o 50—70% od rodzimych

i specyalne lecznicze

wyrabiane w Konc. Zakładzie fabrycznym

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO

W KRAKOWIE.

Woda Selterska we flaszkach zawierających 2½ szklanki. Flaszka 18 ct., Syfon 10 ct.

Woda Vichy odpowiadająca składem zdrojom Grande-Grille i Celestins, we flaszkach dużych po 5 szklanek i małych po 2½ szklanki. Duża flaszka 40 ct. mała 25 ct.

Woda Bilińska we flaszkach, zawierających 4 szklanki. Flaszka 15 ct.

Woda Litowa przesycona kwasem węglowym, we flaszkach po 2 szklanki. Jedna szklanka zawiera między składnikami 0·20 soli litowych. Flaszka 15 ct.

Woda Jodowa gazowa, we flasz. po 2½ szklanki. Szklanka odpowiada 0·4 jodku potasowego.

Woda sodowa hygieniczna składu wskazanego przez Tow. Lekars. i polecona przez tę instytucyę nauk. Syfon 8 ct., flaszka 10 ct.

Szczawa na wzór znanej powszechnie Gieshüblerskiej, we flaszkach zawierających 3 szklan. Flasz. 10 ct.

Woda lecznicza kwaśna mocniejsza i słabsza składu wskazanego przez Tow. lekars., zawiera między składnikami kwas solny, dodany w celach leczniczych. W szklance tej wody znajduje się 0·15 i 0·3 acidum hydrochloricum dilutum oficinale.

Woda Żelazista, mocniejsza i słabsza we flaszkach po 2 szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 0.133 a słabszej 0.066 Pyrophosphas ferri et natrii. Flaszka mocn. 25 ct., słabszej 22 ct.

Woda gazowa bromowa, mocniejsza i słabsza, we flaszkach po 2½ i 3½ szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 3·12, a słabszej 1·56 bromków. Flaszka mocniejszej 32 i 28 ct., słabszej 24 i 20. ct.

Woda sodowa zwyczajna przez Tow. Lekarskie **za najlepszą w Krakowie uznana**

68—21—7

Nadto Zakład wyrabia:

Limonadę gazową magnezyową, tudzież **Limonady gazowe owocowe** jako napój orzeźwiający.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 29 Sierpnia 1891. Nr. 35.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

Wobec swego położenia w ustroju, wobec swego układu anatomicznego, wreszcie wobec swych własności fizyjologicznych, narząd wzroku najłatwiéj ze wszystkich narządów ulega najściu różnorodnych drobnoustrojów, które tu znajdują warunki pomyślne do utrzymania się oraz do rozwinięcia swej szkodliwéj działalności. Nie dziw też, że oko staje się siedliskiem przeróżnych zakażeń, że choroby tego narządu w większości przypadków należą do szeregu chorób zakaźnych.

Głębiéj zastanawiając się nad obecnym stanem leczenia chorób ocznych, niebawem dochodzi się do wniosku, iż w gruncie rzeczy, leczenie to polega na stosowaniu leków, których większość, jak to obecny stan bakteryjologii wykazuje, zalicza się do rzędu środków bakteryjobójczych lub też powstrzymujących rozwój, albo osłabiających zgubny wpływ drobnoustrojów szkodliwych dla tkanek naszego ustroju.

Zaznaczając punkty wytyczne obecnego nawskróś antyseptycznego leczenia główniejszych grup nie urazowych chorób ocznych, najdobitniej stwierdzimy, ile cegiełek nowych przybyło do budowy téj części oftalmologii praktycznéj od chwili, w któréj antyseptyka nabrała prawa obywatelstwa w medycynie. Bynajmniéj jednak nie mam na celu rozpatrywać przeróżnych sposobów leczenia chorób ocznych, chcę jedynie zaznaczyć, jak ważną rolę odgrywają w tym razie środki niewątpliwie przeciwgnilne, chcę uprzytomnić, jak nieodzowną jest antyseptyka nie tylko w uszkodzeniach urazowych, o czem późniéj pomówię, lecz i w innych nie urazowych chorobach oczu.

Ze wszystkich chorób powiek najuporczywszemi bywają: łojotok (*seborrhoea sicca v. squamosa v. pityriasis simplex* i *seborrhoea fluida v. oleosa v. ulcosa*), i wrzodziejące zapalenie gruczołków powiekowych (*blepharitis ulcerosa*). Cierpienia te są grzybiczej natury. Najczęściéj bywają one wynikiem zagnieżdzenia się na brzegach powiek gronkowców ropnych złocistych i białych.

W leczeniu łojotoku powiek najlepsze wyniki daje maść, zawierająca $^1/_2$% do 2% siarki lub 2%—5% kalomelu. W przypadkach *seborrhoea sicca* nieraz wystarcza dwukrotnie przez dobę powtarzane pudrowanie staranne powiek kalomelem. A wszak wiadomo, iż oddawna zalecano, a w ostatnich latach Semmola [1]) usilnie polecał siarkę, jako środek odkażny, nie tylko przy wewnętrznem użyciu, lecz i przy stosowaniu zewnętrznem. Kalomel jest obecnie najskuteczniejszym ze wszystkich antyseptyków, stosowanych w postaci proszku.

Inne maście, proszki i przymoczki, zalecane w tej chorobie, zawierają składniki o mniéj lub więcéj wyraźnych własnościach przeciwgnilnych, jako to: kwas borowy, wodnik chloralu, kwas pyrogalusowy, rezorcynę, salol i inne.

Najwłaściwszem leczeniem miejscowem owrzodzień brzegu powiek, powstałych skutkiem zapalenia gruczołków powiekowych, jest tuszowanie ich (po uprzedniéj epilacyi rzęs w danem miejscu) roztworem azotanu srebra lub też przyżeganie wrzodzików zaostrzoną laseczką lapisu osłabionego. Przeto stosujemy tu lek o piérwszorzędnych zaletach przeciwgnilnych. Skoro owrzodziała powierzchnia oczyści się, a warstwa nadskórkowa odnowi, wówczas zaleca się wcieranie w brzegi powiek maści, zawierającéj tlenek cynku, tudzież chlorek amido-rtęciowy lub jeden z tlenków rtęci. Te nader trudno rozpuszczalne przetwory rtęciowe rozpuszczają się jednak w obecności wydzieliny gruczołów skórnych, spo-

[1]) *Congrès international de Thérapeutique et de Matière Médicale.* Paris 1889.

jówkowych tudzież łzowych, a wówczas nabierają własności antyseptycznych.

Ostatecznie we wszystkich postaciach zakaźnych chorób powiek znakomite usługi oddaje maść, zawierająca jeden z najenergiczniéj działających antyseptyków, mianowicie, wodę utlenioną [H_2 O_2] [1]).

Zbytecznem będzie obszerniéj wspominać, iż tu, jak w ogóle przy całem postępowaniu przeciwgnilnem, najkardynalniejsze znaczenie ma dobrze zrozumiana skrupulatna czystość, zachowywana w najdrobniejszych szczegółach. Nie należy zatem poprzestawać na stosowaniu najbardziéj bakteryjobójczych przetworów chemicznych, lecz nadewszystko i nasamprzód winniśmy uniemożebnić dostęp ich do narządu chorego tudzież z możliwą ścisłością usuwać wszelkie mikroby sposobami mechanicznemi.

Jako ważny środek pomocniczy w leczeniu przeciwgnilnem chorób ocznych uznać należy stosowanie możliwie wysokich stopni ciepłoty, czy to w postaci prostych przemywań oczu wodę gorącą (40° C. i więcéj), czy też w postaci tak gorących antyseptycznych okładów, jakie tylko oko znieść może. Wiadomo, iż nawet mało zgęszczone roztwory środków desynfekcyjnych po ich ogrzaniu działają znacznie silniéj i szybciej, aniżeli roztwory bardziéj stężone tychże środków, stosowane przy niższej ciepłocie. Ostatecznie woda gorąca i okłady gorące wywołują pewne zmiany miejscowe w krążeniu krwi, zwiększają żywotność tkanek i ich siły odporne wobec bakteryj, a ztąd nieraz skuteczniéj zwalczać mogą szkodliwą działalność drobnoustrojów chorobotwórczych. Doświadczenie kliniczne przekonywa niewątpliwie o wpływie pomyślnym stosowania gorących okładów i przemywań oczu wodą gorącą nie tylko we wszelkich chorobach powiek i spojówki, lecz również w chorobach błony rogowéj, białkowéj i jagodówki (*uvea*). Widzimy codziennie znaczne polepszenie w sprawach zapalnych rogówki, tęczówki i ciałka rzęskowego, skoro tylko zastosuje się właściwie nałożoną opaskę ogrzewającą (hydropatyczną — „*compresse chauffante*") albo wreszcie skoro się zaleca natryski parowe za pomocą przyrządu Lourenço lub innego.

Przechodząc do grupy spraw zapalnych spojówki, zaznaczyć musimy, iż dzięki starannym badaniom, podjętym w ostatnich czasach, wiadomem stało się, iż choroby te są grzybiczego pochodzenia. Znamy mikroby specyficzne nieżytu tudzież śluzotoku oraz dyfteryi spojówki. Wiemy nadto, iż tak te drobnoustroje, jakoteż niedostatecznie ściśle dotąd wykazane mikroby jaglicy spojówki rozwijać się mogą nawet na nienaruszonej powierzchni błony śluzowéj oka. Wytwarzają one silnie działające jady chemiczne, które, podobnież jak flogozina, otrzymana z hodowli gronkowca ropnego złocistego, szkodliwie wpływać mogą i na nietkniętą spojówkę. Tego rodzaju jady wywołują różne postacie groźnych chorób spojówki, a w błonicy są w stanie oddziaływać wprost zabójczo, umartwiająco, na przybłonek oraz powierzchowne warstwy jej utkania.

Jakież leki stosuje się przeciw téj grupie zakaźnych chorób oka? Krótko mówiąc, zaliczyć je można do rzędu środków leczniczych, którym dawni farmakologowie dali nazwę leków ściągających — *adstringentia*.

Lecz w ich szeregu napotyka się różnorodne związki chemiczne. Jakiż jest łącznik miarodajny dla ich działania? Jest nim wytwarzanie się istoty nierozpuszczalnéj w warstwach powierzchownych błony śluzowéj. Ona to otacza komórki, wnika między nie, odpycha ciecze, zawarte w tkankach, a zatem działa osuszająco, stawia zaporę wciskaniu się niższych drobnoustrojów do tkanek, nadto sprowadza pewne napięcie lub pewien ucisk z powierzchni na tkanki — w ten sposób przeciwdziała wszelkim skutkom sprawy zapalnéj, nowotworzeniu się komórek, obrzmieniu i rozpulchnieniu, przekrwieniu, wzmożeniu się sprawy wydzielniczéj i innym objawom. Nie ulega wątpliwości, że wytworzenie się istoty nierozpuszczalnéj — nie zaś zwężenie naczyń, nie ściągnięcie tkanek, jak to dawniéj błędnie sądzono — stanowi istotę działania ściągającego.

Leki ściągające nie tylko same przez się mogą działać wprost przeciwgnilnie, powstrzymując rozwój mikrobów i wydalając drobnoustroje, tkwiące w warstwach powierzchownych przybłonka tudzież komórki przybłonkowe, lecz nadto, wywołując zmiany w krążeniu oraz w wymianie materyi, pośrednio wywierają też wpływ antyseptyczny, gdyż modyfikują własności gruntu, nieodzowne dla rozwoju pomyślnego drobnoustrojów, a tem samem poważnie zagrażają ich bytowi.

Co do choroby pryszczykowéj oczu (*Kerato conjunctivitis phlyctaenulosa vel eczematosa*), to sprawcami jej mają być pewne mikrokoki podobnego wejrzenia do tych, które znajdowano w wyprysku, nieraz istniejącym na twarzy osób, dotkniętych pryszczykiem spojówki i rogówki. Lekiem pierwszorzędnéj wartości w téj chorobie oka jest kalomel. Proszek kalomelowy, zasypany między powieki, rozwija działanie chemiczne: pozostając bowiem przez czas dłuższy w worku spojówkowym, dzięki obecności chlorku sodu we łzach, stopniowo zamienia się w sublimat, który, w ten sposób powolnie lecz stale wytwarzając się, działa przez czas dłuższy wydatnie antyseptycznie na pokrywy zewnętrzne oka. Zresztą kalomel i jako taki w ilościach minimalnych rozpuszcza się w roztworze chlorku sodowego, a zatem i w cieczy łzowéj, może więc sam przez się w znacznym stopniu działać przeciwgnilnie. To powolne a trwałe działanie miejscowe kalomelu oddaje usługi nieocenione w okresie początkowym téj choroby, kiedy nieraz istnieje silny stopień podrażnienia zapalnego. W tym okresie inne przetwory rtęciowe, a zwłaszcza maście, zawierające tlenek rtęci, zbyt silnie drażnią oko. Natomiast działają one znakomicie w okresie późniejszym tudzież w bardziéj przewlekłych postaciach téj choroby.

Leczenie chorób dróg łzowych jest ściśle przeciwgnilne. Skoro przewody łzowe prawidłowo funkcyjonują, wówczas strumień łez nieustannie kieruje się z worka spojówkowego ku jamie nosowéj, unosząc ze sobą mikroby, które dostały się do woreczka łzowego. Skoro zaś łzy napotykają przeszkodę, jako to ma miejsce przy ścieśnieniu przewodów łzowych, wówczas następuje zastój w woreczku łzowym, a drobnoustroje, tamże wnikające, znajdują warunki pomyślniejsze do dalszego rozwoju. Skutkiem tego zmienia się skład chemiczny cieczy, zawartéj w drogach łzowych, ta zaś silnie drażni ścianki owych przewodów i wywoływa znaczny dopływ ciałek ropnych. Ściśle mówiąc, przyczyną pierwotnéj choroby dróg łzowych nie są koki ropne, nie one to wywołują chorobę zasadniczą, lecz przyczyniają się do obostrzenia jej, do zwiększenia w danym razie groźności jej objawów.

---

[1]) Maść tę należy przepisywać w małej ilości, a przechowywać w miejscu chłodnem (w lodowni) i w szczelnie zamkniętem naczyniu. Poważny zarzut zrobić można temu przetworowi przy dłuższem stosowaniu tej maści rzęsy tracą naturalną barwę.

Na czem zaś — w przeważnéj liczbie przypadków — oddawna polega całe leczenie tych chorób, jeśli nie na tem, że kierujemy wszelkie nasze zabiegi do sprowadzenia drożności przewodów łzowych. Wszak to jest najczęściéj głównym celem leczenia w tym razie, leczenia, które uniemożebniając zagnieżdżenie się mikrobów w omawianych przewodach, skutecznie przeciwdziała sprawie gnilnéj.

Antyseptyka w oftalmologii święci największe tryjumfy wobec zapaleń ropnych rogowki. Przy najdrobniejszem, najsłabiej nawet rozwiniętem nacieczeniu, owrzodzeniu i uszkodzeniu rogówki należy nasamprzód działać zapobiegawczo. Bacząc tak na stan ogólny chorego, jako też na stan pozostałych części narządu wzroku, zwłaszcza na stan przewodów łzowych tudzież spojówki, winniśmy usunąć wszelkie źródła zarazy. Co się zaś tyczy leczenia miejscowego, to zaleca się czystość najskrupulatniejszą, częste zmywanie całej powierzchni gałki ocznéj, a głównie błony rogowéj świeżo przysposobioną wodą chlorową lub rozczynem trójchlorku jodu (1: 6000--1000), jednego z najdzielniejszych, a najmniéj drażniących narząd wzroku antyseptyków. Zaleca się też posypanie całéj powierzchni rogówki warstwą najdrobniejszego proszku jodoformowego.

Nie tu miejsce poruszać często dziwnie sprzecznie brzmiące wyniki ujemne badań bakteryjologicznych nad działaniem jodoformu na hodowle różnych mikrobów w obec wyników niewątpliwie pomyślnych, jakie klinicyści stale otrzymują w miejscowem zwłaszcza stosowaniu tego leku w chorobach zakaźnych. Te sprzeczne wyniki powstały skutkiem pomijania podstawowéj zasady, podług któréj oznaczenie prawdziwéj wartości antyseptycznéj przetworów chemicznych wówczas tylko jest możebnem, skoro jak najściśléj uwzględnia się warunki, śród jakich one działać mają przy stosowaniu ich w praktyce. Jodoform jako taki jest środkiem obojętnym, wtedy zaś tylko wyraźnie działa przeciwgnilnie, gdy dzięki istniejącym w danym razie warunkom ulega rozkładowi, przy którym jod ma możność oswobodzenia się, — następuje to np. pod wpływami odtleniającemi, jakie wywierać mogą komórki żyjące i różne drobnoustroje. Nie wszystkie bakteryje posiadają jednak zdolność odtleniania, nie wszystkie też jednako zachowują się w obec jodoformu. Jodoform nader szybko rozkłada się pod wpływem drobnoustrojów gnicia, przyczem oswobodzony jod, tudzież powstające w tym razie połączenia jodowe, odbierają woń (odwaniają) zjadliwéj i cuchnącéj ropie, osuszają ranę przez zmniejszenie wydzieliny, osłabiają zdolność rozwojową i rozrodczą bakteryj, sprowadzających rozkład, wreszcie zapobiegają sprawie ropnéj, powstającéj dzięki obecności ptomainów (kadaweryny). Jodoform jest to środek wrogi dla ptomainów. Nadaje on tkankom własności nieodpowiednie do rozwoju grzybków rozszczepkowych, a ztąd do powstawania trujących wytworów wymiany materyi w mikrobach. Działanie antyseptyczne jodoformu jest powolne, ale zato środek ten przez czas dłuższy wywiera skutki zbawienne: nie drażni rany, jeśli się go nie stosuje zbyt długo w ilości nadmiernéj, zwłaszcza u osób ogólnie wycieńczonych; ostatecznie ma wielką wartość, gdyż dosyć szczelnie pokrywa chorą okolicę i poniekąd chroni ją od zetknięcia z mogącemi tam osiąść zarazkami. Ztąd też w sprawach ropnych i w gruźlicy rogówki jodoformu dotychczas nie można było zastąpić całym szeregiem w ostatnich czasach polecanych suchych antyseptyków, a więc ani arystolem, jodolem, salolem ani innemi środkami.

Aczkolwiek trudno jeszcze wydać wyrok ostateczny w sprawie wartości klinicznéj pyoktaniny, dotychczasowe jednak rezultaty nie pozwalają zbyt wiele liczyć na spożytkowanie tego środka, nie mówię już w innych chorobach ocznych, ale nawet i w cierpieniach ropnych rogówki. Lubo nie należy wątpić, iż $^1/_{10}$% roztwór pyoktaniny niechybnie powstrzymuje rozwój bakteryj ropnych, stwierdzono jednak (Troje), iż roztwór taki nawet po 12-sto godzinnem działaniu nie niszczy tych bakteryj. Daléj wykazano (Garré), iż własności dyfuzyjne tych roztworów nie są tak wydatne, jak to twierdził Stilling. W zasadzie zaś przeciw pyoktaninie przemawia obok innych i ta okoliczność, iż nie jest to istota jednolita, lecz mięszanina przeróżnych barwików, noszących nazwę metylów fijołkowych (*Methylviolette*). — A wszak można uważać za błędne stosowanie do badań farmakodynamicznych mięszaniny, któréj nie można ściśle określić i skontrolować skutkiem zmienności jéj składu chemicznego.

Toż samo zarzucić można kreolinie i lysolowi, które nadto w rozczynach, o wyraźnych własnościach antyseptycznych, zbyt silnie drażnią oko.

Z innych leków antyseptycznych daje tu stosunkowo najpomyślniejsze wyniki woda utleniona, stosowana bądź to w roztworze, bądź też w postaci maści lanolinowo-wazelinowéj.

Skoro wskazane leczenie nie jest w stanie powstrzymać postępu sprawy ropnéj w rogówce, wówczas — podobnie jak w pierwotnych cierpieniach gruźliczych zewnętrznych pokryw oka — może położyć tamę rozwojowi zgubnemu choroby żegadło Paquelina lub galwanokauter, najpewniejszy antyseptyk przy wszelkich sprawach zakaźnych gałki ocznéj. Ściśle bowiem rzeczy biorąc, trzeba przyznać, iż przy obecnym stanie bakteryjologii, odrażać można li tylko przedmioty martwe, nie zaś tkankę żyjącą. Odrażenie tkanki żyjącéj równa się jéj zniszczeniu. W tém więc znaczeniu za jedyny niezawodny środek antyseptyczny w okulistyce winniśmy uważać żegadło właściwe. (C. d. n.)

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

III.

Śmierć z porażenia serca czy z innéj przyczyny?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz miejski w Krakowie.

W dniu 21 lutego 189... wśród sprzeczki wzajemnéj przewrócił Wojciech Z. ojca swego 70 letniego Jana Z. w izbie na łóżko, wlazł jednem kolanem na jego piersi a oprócz tego gniótł go rękami tak, że ojciec mocno stękał. Wkrótce potem na dworze uderzył Wojciech Z. ojca oburącz motyką zamiast w głowę w lewą rękę, a następnie tą samą motyką ugodził ojca w głowę, który też zaraz upadł na ziemię i zakończył życie. Wskutek tego zarządzono śledztwo przeciw Wojciechowi Z. o zbrodnię morderstwa.

Na podstawie powyższego stanu rzeczy mimo woli nasuwa się podejrzenie, że to ostatnie uderzenie motyką w głowę sprowadziło śmierć Jana Z. Tymczasem znawcy sądowi po dokonaniu na dniu 26 lutego b. r. oględzin i sekcyi zwłok Jana Z. wydali orzeczenie, że ostateczną przyczyną śmierci Jana Z. miało być porażenie serca.

Ze względu, że z powyższych znawców jeden tylko posiada stopień akademicki a drugi jest jedynie chirurgiem, ze względu, że orzeczenie tych znawców nasuwa wątpliwości, czy i w jakim stopniu silne uderzenie motyką w głowę Jana Z. przyczyniło się do śmierci, wzywa Prokuratoryja innych lekarzy A. i B., aby na podstawie aktów wydali stanowcze orzeczenie, co było w niniejszym przypadku bezpośrednią przyczyną śmierci Jana Z., jaką rolę odgrywa opisane w oględzinach sądowo-lekarskich stłuszczenie serca, czy i jaki zachodzi przyczynowy związek między silnem uderzeniem motyką w głowę a śmiercią Jana Z. Nadmienia się, że nałóg do pijaństwa u Jana Z., o którym orzeczenie wspomina, nie jest dotychczas dowodami stwierdzonym.

Tak brzmi odezwa przesłana znawcom wraz z protokołem sekcyi zwłok Jana Z., orzeczeniem pierwszych znawców i zeznaniami świadków.

Protokół sekcyjny zwłok Jana Z. brzmi jak następuje:

A) Oględziny zewnętrzne: 1) Trup mężczyżny słusznego wzrostu około 70 lat liczącego, silnie zbudowanego, z podściołką tłuszczową dosyć grubą, mięśnie dobrze rozwinięte. 2) Zabarwienie skóry żółto-cisawe, na plecach i na pośladkach czerwone plamy pośmiertne, przy nacięciu których nigdzie nie widać nasięku krwawego. 3) Mięśnie i skóra oraz całe ciało zmarznięte. 4) Na czole odpowiednio do prawego guza czołowego widać otarcie skóry, poziomo przebiegające 4 ctm. długie a 2 ctm. szerokie, skrzepłą, zaschłą krwią pokryte, nacięcie zrobione nożem w tem miejscu wykazuje podbiegnięcie krwią aż do okostnéj. 5) Na głowie szpakowate włosy, dosyć długie, około 12 ctm. Skóra na głowie nigdzie nie jest skaleczona ani zadraśnięta. 6) Oczy zamknięte, gałki oczne twardn, zamglone, koloru siwego. 7) Nos obrzmiały, duży, nieco zaczerwieniony, skrzywiony na prawo; nacięcia zrobione na grzbiecie i na końcu nosa wykazują podbiegnięcie krwią skóry i tkanki łącznéj. 8) Usta zapadłe, mocno zamknięte, w jamie ustnéj brak dwóch trzecich części zębów. 9) Muszle uszne zaczerwienione, przewody zewnętrzne uszne próżne. 10) Na lewym łokciu otarcie skóry, skrzepłą krwią pokryte, wielkości 4-ro centówki, nacięcie zrobione w tém miejscu wykazuje naciek krwawy skóry i tkanki łącznéj aż do kości. 11) Na grzbiecie ręki lewéj nad stawem śródręcza otarcie skóry wielkości centa, czerwoną zaschłą krwią pokryte, nacięcie w tem miejscu zrobione wykazuje naciek podskórny krwawy, sięgający aż do więzadeł śródręcza. 12) Na grzbiecie oprócz wyżéj wymienionych plam pośmiertnych nic nie znaleziono. 13) Otwór stolcowy zamknięty. Części płciowe normalne. Zresztą przy przedsięwzięciu powtórnych jak najdokładniejszych oględzin zewnętrznych żadnych więcéj śladów uszkodzeń ani skaleczeń nie spostrzeżono.

B) Oględziny wewnętrzne: 14) Przy zdjęciu skóry z czaszki widzimy wewnętrzną stronę skóry różowo zabarwioną. Odpowiednio do otarcia skóry i rany pod Nr. 4 protok. opisanéj, jest skóra po wewnętrznéj stronie krwią nabiegła, okostna czaszki w tem miejscu także krwią nastrzykana. Po odjęciu okostnéj widzimy kość czołową obnażoną, różowo zabarwioną, nigdzie nie pękniętą. 15) Szwy czaszkowe prawie zupełnie zarośnięte. 16) Kość czaszkowa twarda, w przecięciu 4 do 5 mm. gruba, daje się z trudnością przepiłować. 17) Twarda opona mózgowa po zewnętrznej stronie gładka, nieco przeźroczysta. Przetoka podłużna nieco ciemną płynną krwią napełniona. 18) Po wyjęciu mózgu okazują się nam wewnętrzne ściany kości czaszkowéj różowe, nigdzie a osobliwie w miejscu odpowiadającem zranieniu pod Nr. 5 opisanemu nie zaczerwienione, całe i nigdzie nie pęknięte. Sklepienie czaszki oglądane do światła jest bardzo mało przeźroczyste i nigdzie nie pęknięte. 19) Przy wyjmowaniu mózgu nie spostrzeżono na podstawie tegoż żadnéj cieczy ani krwawych wybroczyn. Opona miękka mózgowa zupełnie normalna. 20) Mózg zmarznięty, dosyć twardy, krając go czujemy pod nożem lód. Istota szara i rdzeniowa bardzo mało krwią nastrzykana, normalna. W jamach mózgowych maleńkie ich kształtom odpowiednie kawałki lodu, móżdżek i rdzeń przedłużony zupełnie normalne. 21) Po odpreparowaniu i odjęciu kości mostkowéj widzimy z wierzchu przeponę, stojącą obustronnie między 4 a 5 żebrem. 22) Zewnętrzne oglądanie osierdzia przedstawia nam jedną blado-żółtą masę, gdzieniegdzie naczyniami krwionośnemi poprzecinaną. Po otwarciu osierdzia, które wewnątrz żadnéj cieczy nie zawiera i składa się całe z jednéj powłoki tłuszczowéj, widzimy serce małe, wiotkie, komory obie i przedsionki zapadnięte, blado-wiśniowe. Mięsień sercowy kruchy, łatwo dający się rozerwać, na ostrzu od noża przy przecięciu widać powłokę tłuszczową. Wsierdzie także tłuszczem obłożone. Komory sercowe i przedsionki próżne. 23) Wielkie naczynia krwionośne piersi zawierają nieco ciemnoczerwonéj płynnéj krwi, ściany ich normalne. 24) Lewe płuco ku tyłowi nieco przyrośnięte, po wierzchu czarnowiśniowe. Przy przekroju widzimy miąższ płuc miękki i trzeszczący przy ucisku. Barwa miąższu płuc jest ciemnowiśniowo fijoletowa a na przekroju wydziela wiele ciemnowiśniowéj pienistej cieczy. Prawe płuco całkiem przyrośnięte po wierzchu ciemno-wiśniowe, miąższ jego taki sam jak lewego płuca, wydziela wiele ciemnéj pienistéj cieczy. 25) Tchawica i krtań nigdzie nie uszkodzona, błona śluzowa wewnątrz blado-różowa, na wierzchu zawiera nieco różowego pienistego śluzu. 26) Przełyk normalny, błona śluzowa blado różowa, nigdzie żadnych uszkodzeń nie widać; w jamie ustnéj wszystko normalne. 27) Przy powtórnem dokładnem badaniu jamy piersiowéj znaleziono po lewéj stronie 5-te i 6-te żebro zupełnie złamane, pionowo, odpowiednio do linii sutkowéj, t. j. 5-te w odległości oo mostka o 10 ctm. a 6-te w odległości 7 ctm. od mostka. Na około tego złamania widzimy na mięśniach śródżebrowych czyli międzyżebrowych oraz na błonie opłucnéj ściennéj naciek krwi nie bardzo rozległy. 28) Otrzewna jest gęsto kuleczkami tłuszczu okryta, zresztą normalna. 29) Śledziona w dwójnasób prawie powiększona, po wierzchu koloru ciemno fijoletowo wiśniowego, miąższ jéj przy rozcięciu rozlewa się w ciemną gęstą bryjkę. 30) Wątroba znacznie powiększona, po wierzchu ceglastobrunatna, gładka, przy przecięciu krucha, na nożu widać ciałka tłuszczu. Pęcherz żółciowy zawiera około 30 grm. ciemno-żołtéj żółci. 31) Żołądek nieco rozdęty, zawiera około $^3/_4$ litra niestrawionych pokarmów (ziemniaki i żur), błona jego śluzowa normalna. 32) Jelita cienkie i grube zawierają niestrawiony kał, zresztą normalne. 33) Nerki tłuszczem obrośnięte, miąższ tychże nieco przekrwiony. 34) Pęcherz moczowy skurczony, zawiera około 10 grm. jasnego moczu. 35) Powtarzając po raz trzeci oględziny zewnętrzne, spostrzegliśmy, że u obu rąk palce 3-ci, 4-ty i 5-ty są zamknięte, nie dają się wyprostować i w stawach zrośnięte (*ankylosis*), cośmy początkowo za objaw pośmiertny uważali.

Orzeczenie. Na osobie denata znaleźliśmy następujące uszkodzenia: Wybroczynę krwistą na czole (4 i 14), taką samą na nosie (7), lewym łokciu (10), na grzbiecie lewéj ręki (11) i złamanie 5 i 6-go żebra po stronie lewéj (27). Żadne z tych uszkodzeń nie mogło być bezpośrednio przyczyną gwałtownéj śmierci denata. Z objawów zaś patologicznych, które spostrzegliśmy, wymieniamy stłuszczenie serca (22) przekrwienie i obrzęk ostry płuc (24), stłuszczenie wątroby (30) i stłuszczenie nerek (33). Na podstawie wyż wymienionych objawów orzekamy przeto, że ostateczną przyczyną śmierci denata było porażenie serca czyli udar sercowy, do którego był usposobiony, mając słuszczenie tegoż organu, wskutek notorycznego używania alkoholu od młodości, aż do podeszłego wieku. Że uszkodzenia denatowi zadane, przyczyniły się pośrednio do wywołania tego udaru sercowego stanowczo zaprzeczyć nie możemy, gdyż doświadczenie lekarskie nam wykazuje, że tyle i takich obrażeń, dokonanych wśród emocyi psychicznéj i prawdopodobnego wysiłku fizycznego na starcu 70-letnim, cierpiącym na stłu-

szczenie serca, mogło z wielkiem prawdopodobieństwem być pośrednią przyczyną śmierci. Uszkodzenie pod 4, 7, 10 i 11, stanowią każde z osobna i wszystkie razem wzięte, obrażenie cielesne lekkie, inaczéj atoli rzecz się ma z uszkodzeniem pod l. 27 opisanem, t. j. ze złamaniem żeber, które u człowieka w podeszłym wieku byłyby z pewnością wywołały objawy zapalenia opłucny i płuc, a zatem choroby ciężkie trwające dłużéj 20 dni, przeto uważamy obrażenie opisane pod l. 27, jakoteż uszkodzenia pod l. 4, 7, 10 i 11, ze względu na ich ilość i narzędzia, któremi były zadane (motyką), a jako zadane starcowi przeszło 70 letniemu, za ciężkie uszkodzenie ciała. Co jako zgodne . . . i t. d.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Wassermann i Proskauer: **O toksalbuminach prątków błonicowych.**

Autorowie poddali próbie doświadczenia Briegera i Fränkla, którzy przedstawili istoty zupełnie oddzielone od prątków błonicowych zwane przez nich toksalbuminami. Oddzieliwszy zapomocą dyjalizatora z kultury bulionowéj peptony i globuliny, które okazały się wcale nietrujące, otrzymano oddzielnie zapomocą alkoholu 60% i absolutnego dwa ciała, które suszone w próżni przy ciepłocie 37° zachowywały się podobnie jak ciała opisane przez Briegera i Fränkla. Ciało otrzymane zapomocą alkoholu rozcieńczonego przedstawiało drobnoziarnisty, biały proszek, drugie zaś grubsze, bezpostaciowe, żółte i brunatne ziarenka. Oba były łatwo rozpuszczalne w wodzie, a roztwór dawał typowe oddziaływania istot białkowatych. Analiza pierwiastkowa ciała białego po odciągnięciu popiołu była następująca: C = 44, 82%, H = 6, 91%, N = 16, 18%, S = 1, 69%. O = 30, 40%. — Cyfry te różnią się mało od cyfr podanych przez Briegera, a różnicę trzeba tylko przypisać trudności w otrzymaniu tego ciała. Tylko proszek biały miał własności trujące. W kulturach, nie mających działania trującego ciało żółte znajdowało się w wielkiéj ilości, drugie w b. małéj W kulturach trujących stosunek był odwrotny. Po większéj dawce śmierć prędzéj następowała. Sekcyja wykazywała zawsze zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, obrzmienie nadnerczy, zapalenie nerek hydrothorax, rzadziéj ascites; objawów silniejszego podrażnienia miejscowego nie było. Jadowitość nie była zresztą stałą, dlatego dawki minimalnéj nie mogą podać. Najmniejsza dawka śmiertelna, działająca dopiéro po dwu miesiącach wynosiła 3 mg. na 1 kg. ciężaru ciała. Jad potrzebuje do swego działania dłuższego czasu, zazwyczaj około 2—3 tygodni, podczas których zwierzęta (króliki) chudną, przyjmują mało pokarmów, a czasem występuje niedowład tylnych kończyn.

Autorowie również usilowali otrzymać podobne ciała z narządów wewnętrznych i krwi zwierząt zdechłych po zaszczepieniu hodowli błonicowych i to zapomocą wyciągu z rozdrobnionych narządów w mięszaninie z gliceryny i 0· 6% roztworu soli kuchennéj. Otrzymali jednak tylko jednę istotę w b. małéj ilości, która po wysuszeniu w próżni przy 37° przedstawiała delikatny proszek, dający w roztworze wodnym reakcyje istot białkowatych i była jeszcze bardziéj trującą, niż ciało otrzymane z sztucznéj hodowli, bo mniéj niż 1 mg. zabijało króliki. — Pod względem wpływu wielkości dawki na szybkość śmierci, pod względem stałości jadowitości, długości tz. stad. incubationis, jakoteż objawów chorobowych zachowywało się to ciało podobnie jak poprzednie. I obraz sekcyjny był podobny: nerki przedstawiały obraz zapalenia podobnego do błonicowego; i był także brak miejscowego podrażnienia, tworzenia się błon i nacieku krwawego, które to objawy autorowie przypisują obecności żyjących komórek w tkance.

Autorowie badali też co do możności wywołania odporności zapomocą tych 3 ciał w różnym stosunku ilościowym, ale nie mogli stwierdzić żadnego wpływu ich na następne zakażenie.

Ponieważ toksalbuminów nie otrzymano dotychczas w stanie chemicznie czystym, uważają je autorowie za albumozy i przypuszczają, że reakcyja białkowata toksalbuminów pochodzi od albumoz zawartych w bulijonie, a przechodzących do osadu: jadowitość ich pochodzi od również osadzonego, a nie chemicznie, lecz mechanicznie połączonego jadu. Tak téj okoliczności, jakotéż wielkiéj skłonności jadu do rozkładu, zwłaszcza pod wpływem alkoholu, a nawet przy suszeniu w próżni przypisują autorowie niestałość jadowitości toksalbuminów. Gdy jednak jest większa ilość jadu, wtedy osad zamykający niejako jad i chroniący go od wpływu alkoholu jest większy i dlatego cały jad nie ulega wtedy rozpadowi.

Że właściwy jad błonicowy jest ciałem białkowatém, jest rzeczą możebną, ale jeszcze nie udowodnioną. W każdym razie otrzymanie toksalbuminów należy uważać za postęp w wykazaniu chemizmu drobnoustrojów, to Briegerowi i Fränklowi udało się otrzymać istoty, które działają jeszcze bardziéj trująco i typowo. niż toksyny. — (*Deut. med. Wochenschr. 1891. N. 17*) *D. F.*

Farmakologija.

Heinz: **O sposobie użycia dermatolu.**

Na rany mało wydzielające, uszkodzenia świeże wystarczy stosować dermatol w proszku za pomocą rozpylacza, przyczem nie należy co do ilości przestrzegać żadnych środków ostrożności. Na poty nóg dobrze działa: *dermatol. 20·0, talc. venet. 70·0. Amyl 10·0*; na ranki mniejsze 10% roztworu kolodyjonu. Dla rozległych wrzodów jest wskazana maść dermatolowa 1 : 10, a gaza dermatolowa ma tę wyższość przed innemi, że da się wyjałowić. (*Wr. med Presse* Nr. 29). *Dr. Ebersohn.*

Lemoine: ***Syringa vulgaris* jako środek moczopędny.**

L. doświadczał w wielu przypadkach u chorych korę bzu tureckiego z wyśmienitym skutkiem zgodnie z autorami dawniejszymi. Garść pełną świeżéj kory wygotował w 1 litrze wody do $^1/_4$ części, dodał *Syr. sacchar.* i mięty pieprzowéj. Odwar ten zalecał chorym przez 24 godzin wypić, i używać leku przez czas dłuższy. Lek ten niewywoływał potów lecz znaczne wydzielanie moczu i silną biegunkę.

Jest to wyborny środek moczopędny przeciw puchlinie, w ogóle w wadach serca i chorobach nerkowych. Ilość moczu dzienna zwiększała się w 3—4 dniach od 400 aż do 2—3—3500 gramów, później powoli zmiejsza się ilość moczu. Bardzo skutecznym okazał się ten lek w zapaleniu nerek nawałowem, puchlinie z powodu wady sercowéj zwłaszcza gdy chorzy naparstnicy nieznoszą. Lek ten jest wcale nieszkodliwym i pędzi mocz przez drażnienie przybłonka nerkowego. U niektórych chorych (*Cystovarium — Ascites — Cirrhosis hepatis*) puchlina wprawdzie opadła, lecz w krótce na powrót się zjawiła. Jeden chory dostał po dłuższém użyciu tego leku małych czeraków a inny pokrzywki. Lek ten zapomiany zjawia się znowu na horyzoncie medycznym i zasługuje na dalsze badanie chemiczne i fizyjologiczne (*Gaz. med. de Paris* 1890. 24. *Centralb. f. Klin Med. 1891. 14*). *Karol Reiss z Dukli.*

Choroby wewnętrzne.

Hirsch (Cieplice): **O błonicy i jéj leczeniu.**

Pod powyższym tytułem wyszła nakładem W. Engelmanna (Lipsk 1891) rozprawka, w któréj autor poleca, — opierając się na fakcie ogólnie znanym, że drobnoustroje są zdolne do życia i rozmnażania tylko na pożywce alkalicznéj lub obojętnéj, podczas gdy kwasy je zabijają, — stosować w błonicy ocet jako zawierający kwas najmniéj szkodliwy dla ustroju, nie trujący i dobrze odwietrzający. Sposób użycia: czysty ocet winny gotuje się do wrzenia i dolewa się wody, dla dzieci $^2/_3$, dla dorosłych połowę. Tym roztworem zmywa się, nie nacierając zbyt silnie podudzie i uda z wyjątkiem zagubu kolanowego, co 2 godziny. Obok tego daje

się chinin z chloranem potasowym, a do płukania ocet (1—2 łyżek na szklankę wody). Pod wpływem tego leczenia widział autor już na trzeci dzień spadek ciepłoty, a błony wrzekome i obrzmienia gruczołów znikały w krótkim czasie. Przeciwskazanie do leczenia octem stanowi nieprawidłowo nizka ciepłota ciała. *Dr. Ebersohn.*

Senator: **O moczu czarnym i puchlinie czarnej.**

Prof. S. opisując liczne przypadki, wspomina, że dość często się zdarza, że mocz z początku więcej lub mniej ciemny, z powodu działania powietrza przechodzi barwy coraz ciemniejsze, okazując się w końcu czarnym. Eiselt i inni uznali, oparci na dokładnem badaniu chemicznem, że mocz w melanuryi czernieje wskutek wpływu powietrza lub, co rozbiór chemiczny wykazał, za dodaniem kwasu azotowego lub chromowego. Próba ta jednak nie ma żadnego związku z obrzękami melanuryi, gdyż barwa czarna zależy jedynie od barwików: indykanu, barwika żółci i krwi. S. sądzi, że zdarzają się przypadki, w których w obec melanuryi mocz niema żadnych poprzód opisanych własności. Jako ważne podaje S. przypadki, w których nie mając oznak próby Eiselta, wykazać można było barwniki melonamowe lub melanogowe z powodu guza barwnikowego. S. opisuje wreszcie przypadek ciekawy, w którym za życia okazała się puchlina brzuszna a melanuryję stwierdzono badaniem chemicznem. Płyn przez przekłucie uzyskany był mętny ciemno-brunatny, w osadach czarnobrunatny, mocno pieniący, oddziaływał alkalicznie o c. g. 1023, kwas azotowy, chromowy, woda brorowa nie oddziaływały na barwę ciemniejszą. Po kilku dniach okazał się w naczyniu zimno utrzymanem osad ciemnawy. Badanie mikroskopowe stwterdziło obecność ciałek krwi, komórek lymfoidowych śródbłonka, przeważnie małe czarne bezkształtne ciałka okrągławe. Osad w ługu potasowym uważony i przecedzony okazał proszek czarny. (*Charité Annalen XV. Jahr. 1890. Centralbl. f. klin. Med.* 1891, Nr. 22). *Dr. Karol Reiss w Dukli.*

Olliver (Kanada): **O nowym objawie tętniaka łuku aorty.**

Objaw ten fizyczny występuje w następujący sposób: Choremu w pozycyi stojącej każemy szyję mocno naprzód wyciągnąć a usta zamknąć; następnie ująwszy palcem wskazującym i dużym chrząstkę pierścieniową, wypychamy takową ku górze, naciągając tem samem tchawicę. W tem położeniu czujemy dokładnie pod palcami tętnienie tętniaka, które się im udziela przez tchawicę. Objaw rzeczony występuje tylko w tętniaku łuku aorty a dodać należy, że samo uciskanie krtani lub tchawicy nie wywołuje go. (*Wr. med. Presse* 1891, Nr. 20. *Dr. Ebersohn.*

Choroby uszne.

Prof. Kirchner (Würzburg): **O wybroczynach w strunie bębenkowej.**

W przewlekłych ropnych zapaleniach jamy bębenkowej nierzadkiem jest równoczesne zajęcie struny bębenkowej, ale też w ostrych zapaleniach wyższego lub niższego stopnia można stwierdzić zaburzenia w uczuciu smaku, które bez wątpienia należy odnosić do uszkodzenia struny bęb. I tak udało się autorowi wykazać u dziecka 13-letniego, zmarłego z błonicy gardła i krtani, za pomocą metody Weigerta prawdziwe błonicowe zapalenie jamy bębenkowej, które się wytworzyło w następstwie błonicy gardła. Przy badaniu struny bębenkowej okazało się osobliwe wynaczynienie w osłonie nerwowej, które ucisnęło nerw do połowy jego przekroju. Błona śluzowa struny bęb. przedstawiała się zgrubiałą a szczególnie w okolicy naczyń nacieką licznemi komórkami okrągłemi. W jednem miejscu, między przybłonkiem błony śluz. i osłonką nerwową struny bęb. znajdował się zbity, drobnokomórkowy naciek, w którego środku już można było rozpoznać rozpad nekrotyczny pierwiastków komórkowych. — (*Internat. klin. Rundschau*, Nr. 38, 1890). *Dr. Spira.*

IV. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Nastąpił wykład Dra Arnsteina: „O biegunce letniéj u dzieci (*Cholera infantum*) pod względem etyjologicznym i leczniczym“.

Jako główny moment w etyjologii téj choroby uważa prelegent wysoką ciepłotę otoczenia, przytaczając własne pod tym względem spostrzeżenia. Co do przyczyny bakteryjologicznéj, to badania rozliczne dowodzą, że w cholerze dziecięcéj nie mamy do czynienia z żadnym swoistym chorobotwórczym mnikroorganizmem, lecz z mnóstwem drobnoustrojów, działających na mleko w ten sposób, że wywołują fermentacyję kwaśną i rozpad części składowych mleka. Powstałe przy tym rozpadzie toksyny stanowią bezpośrednią przyczynę choroby. Rozpad mleka odbywa się nie tylko w ustroju, ale jeszcze poza ustrojem tak, że można przypuścić, iż cholera dzieci jest pochodzenia pokarmowego, a nie pasorzytniczego; nie jest ona chorobą zakaźną, tem mniéj zaraźliwą, lecz jest otruciem, intoksykacyją. Biegunka letnia jest najczęstszą u dzieci sztucznie karmionych, lub u dzieci odstawionych od piersi w porze upałów letnich. Badanie anatomiczne wykazuje brak zmian nieżytowych na błonie śluzowéj żołądka i jelit. Co do przebiegu i objawów, okazuje cholera dzieci wielką rozmaitość. Dr. A. odróżnia dwie główne postacie: biegunkę letnią bez objawów zapadu i cholerę dziecięcą w ścisłem znaczeniu wyrazu. Obie te postacie są tego samego pochodzenia. Mylnem jest dawniejsze zapatrywanie, jakoby ta choroba była odmianą kataru kiszkowego. Biegunka i wymioty nie są następstwem podrażnienia zapalnego, lecz są wyrazem podrażnienia, a następnie porażenia zakończeń nerwowych przez toksynę. Co do leczenia, to skutecznem ono być może tylko w przypadkach niezaniedbanych, spóźnione pozostają najczęściéj bez skutku.

Pierwsze miejsce zajmuje leczenie dyjetetyczne, usunięcie mleka nawet matczynego. Gdy to nie wystarcza, wskazane są leki przeciwgnilne, a najlepsze usługi w biegunce letniéj oddawał prelegentowi salicylan bizmutu w dawkach 2—5 gr.; w cholerze dziecięcéj już rozwiniętéj jest on bezskutecznym. Dzielnym środkiem są także przepłukiwania jelit roztworem kwasu borowego; przepłukiwań żołądka dr. A. nie stosował, uważając je za nic racyjonalne. Wobec rozwiniętéj cholery jesteśmy prawie bezsilni.

W dyskusyi Dr. Szumann zwraca uwagę, że są przypadki, w których cholera rozwija się nie na tle drobnoustrojów, lecz samoistnie. Co do leczenia nie zgadza się z prelegentem na bezwzględne usuwanie mleka. Stosując rezorcynę wewnętrznie, lub też przepłukując roztworem 0·1 na 500 żołądek, otrzymał mowca bardzo dobre wyniki.

Dr. Przychocki również nie radzi usuwać mleka, jakkolwiek ono jest przyczyną cholery. W przypadkach rozpaczliwych udaje się czasem usunąć objawy cholery przez podawanie mleka alkalizowanego wodą wapienną.

Dr. Arnstein zwraca uwagę, że przy podawaniu rezorcyny znaczna część tego środka zostaje wydaloną. Mleko, zdaniem jego, w każdym razie usunąć należy, zwłaszcza że w przypadkach wymiotów i tak w żołądku nie wiele go pozostanie. Kilkodniowa dyjeta szkody wielkiej dzieciom nie przynosi, wreszcie kładzie mowca nacisk na moment zapobiegawczy, mianowicie na to, aby działać przeciw zwyczajowi odstawiania dzieci od piersi w porze letniéj.

Wykład Dra Biegańskiego: „O zakładaniu pracowni klinicznych, mikroskopowo-chemicznych w szpitalach prowincyjonalnych.“

Prelegent zaleca zakładanie przy szpitalach prowincyjonalnych pracowni klinicznych, któreby mogły być przystępne dla lekarzy w danéj miejscowości praktykujących. Pracownię taką założył już sam i od kilku lat ją uzupełnia przy szpitalu w Częstochowie i z własnego doświadczenia wie, że koszta urządzenia nie są zbyt wielkie. Po wyliczeniu przyrządów, odczynników i barwików potrzebnych w ta-

kiéj pracowni wskazuje na źródło dochodów, jak dobrowolne datki od chorych przychodnich i t. d.

W dyskusyi Dr. Dunin zgadza się z prelegentem, że kwestyja jest bardzo ważną, często bowiem koledzy prowincyjonalni zwracają się do zakładów naukowych ze sprawami, któreby sami załatwić mogli. Że takie pracownie nawet prywatnie urządzić można, zaszczytnym tego dowodem są pracownie Dra Bujwida w Warszawie i Dra Karlińskiego w Hercogowinie. Przedewszystkiem zaś kładzie Dr D. nacisk na to, aby lekarze po ukończeniu uniwersyteckich studyjów przynajmniéj przez jeden rok wprawiali się w większym szpitalu do wszystkich sposobów klinicznego badania.

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie II dnia 18 lipca przed południem odbyło się w klinice chirurgicznéj. Przewodniczył Dr. Szuman z Torunia.

I. wykład Dra Ziembickiego: „Dwadzieścia przypadków wysokiego cięcia pęcherza, wskazania, wyniki.“

Prelegent dzieli operowanych przez siebie na kilka grup: pierwsza obejmuje 10 przypadków, w których wskazaniem do operacyi były kamienie pęcherzowe. W 9 przypadkach po wyjęciu kamienia stosowano leczenie otwarte; bez szycia, zakładając sączek, w jednym tylko założono szew pęcherzowy; rana zagoiła się przez rychłozrost pomimo warunków nie najlepszych. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Dr. Z. woli operować zaotrzewnowo, niż metodą Rydygiera (*sectio alta per laparotomiam*), która jakkolwiek jest bardzo piękną, jednak jak każda laparatomija więcéj chorego naraża. W drugiéj grupie znajduje się jeden przypadek, w którym z powodu urazu, złamania kości łonowéj, pęknięcia cewki, nastąpiło zatrzymanie moczu, które prelegenta zmusiło do wykonania wysokiego cięcia. Chory wyzdrowiał po 11 dniach. Trzecią grupę tworzy znowu jeden przypadek: nowotwór pęcherza; po otwarciu pęcherza przekonano się, że guz nie da się oddzielić.

Czwarta grupa: *sectio alta* dla ułatwienia operacyi przetoki pęcherzowo-pochwowéj, 1 przypadek; leczenie bezskuteczne. Dalszą grupę stanowią przypadki (2) przerostu gruczołu krokowego, w których prelegent (w jednym przypadkowo, z powodu braku przyrządu do punkcyi) z bardzo pomyślnym wynikiem cięcie wysokie wykonał. Nie jest Dr Z. za resekcyją gruczołu krokowego dlatego, że narząd ten nie jest jedynie chorym u prostatyków, lecz mamy tu do czynienia ze zmienionym całym narządem moczowym, jak to ilustruje przypadek, w którym pomimo wykonania *sectio alta*, chory umarł z pyemii wywołanéj pęknięciem jednego z uchyłków pęcherzowych do jamy otrzewnowéj. Ostatnią grupę obejmują 3 przypadki ostrego zapalenia pęcherza, które wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem, pomimo, że w jednym przypadku zajęte już były także miedniczki nerkowe i chory znajdował się w agonii. *Sectio alta* w zapaleniu pęcherza znosi parcie, bóle, pozwala należycie oczyszczać pęcherz, i nietylko broni przystępu sprawie zapalnéj do dróg moczowych wyższych, ale leczy zapalenie, jeżeli już tam się przeniosło. Prelegent uważa w tych przypadkach pęcherz za ropień, który jak każdy inny ropień przeciąć i sączkować potrzeba.

W dyskusyi bardzo ożywionéj zabiera głos prof. Rydygier w obronie swojego sposobu operowania. Jakkolwiek w obec dobrych wyników Dra Ziembickiego zdawałaby się zbyteczną nowa metoda, to jednak do niedawna liczono jeszcze 18% śmiertelności po *sectio alta extraperitonealis*. Wdzięczny jest mowca drowi Schrammowi, że do 5 przez siebie operowanych dodał dwa, w których tą metodą się posługiwał. Wszystkie dotąd skończyły się pomyślnie. Najlepsze usługi może *s. alta intraperiton.* oddać wobec nowotworów pęcherza. Wykluczyć ją należy wobec zapalenia ropnego pęcherza; wogóle dalsze doświadczenia mogą dopiero pouczyć, w których przypadkach rzeczona metoda jest wskazaną.

Z kolei przemawia prof. Obaliński za sposobem Rydygiera, uważając go za idealny, jeżeli przypadek jest odpowiedni i jeżeli szew jest dokładnie założony. Podnosi także zalety innych metod operowania jak *sectio mediana* i litotrypsyi, która w niektórych przypadkach może znamienite oddać usługi, a ma tę korzyść, że jest zabiegiem bardzo nieznacznym. Wreszcie i resekcyję gruczołu pęcherzowego i ewakuacyję pęcherza zapomocą trójgrańca stosował mowca z pomyślnym skutkiem. Gdzie zaś oprócz pęcherza i gruczołu krokowego zajęte są nerki, tam nietylko ani resekcyja ani ewakuacyja, ale i *sectio alta* nic nie pomoże.

Dr Dembowski wspomina o *sectio mediana* wykonanéj przez Dra Jasińskiego w Warszawie w 14 przypadkach z pomyślnym rezultatem.

Prof. Kosiński nie przemawiając przeciw *sectio alta*, którą sam dawniéj bardzo chętnie wykonywał, oddaje jednak pierwszeństwo sposobom kruszenia kamieni, a głównie litolapaksyi, którą znowu obecnie z szczególnym upodobaniem wykonywa. Najważniejszą rzeczą jest wyrobienie sobie krytycznego poglądu, jaki rodzaj zabiegu będzie w danym przypadku najracyjonalniejszy.

Prof. Obaliński na wzmiankę uczynioną przez dra Dembowskiego o cięciu bocznem, zwraca uwagę na niekorzyści téj operacyi: łatwość uszkodzenia otrzewnéj lub kiszki stolcowéj, i łatwość wywołania krwotoku przez przecięcie jakiegoś większego naczynia.

W końcu prelegent odpowiada na zapytanie dra Szumana, dlaczego w przypadku uchyłku pęcherza nie wykonał operacyi Rydygiera, że w tym przypadku były trzy uchyłki, i musianoby chyba pęcherz cały wyłuszczyć.

Nastąpił wykład dra Wehra: „O *molluscum contagiosum*“.

Na mocy badania dokonanego na jednym przypadku „*molluscum contag.*“ potwierdza prelegent wnioski, które Neisser w pracy swojéj wysnuwa, a które streścić się dają w tem, że punktem wyjścia tego nowotworu jest *rete Malpighi*, nie zaś gruczoł łojowy, jak to sądzi Kaposi, który nadto nie uznaje zaraźliwości téj choroby, jakkolwiek istnieją spostrzeżenia za zakaźnością przemawiające.

W dyskusyi prof. Rosner tłomaczy, dlaczego Kaposi odmawia téj chorobie zaraźliwości. Obaj jako asystenci Hebry, mieli dość wiele sposobności widzenia licznych przypadków téj choroby skórnéj, nigdy jednak nie można było wykazać przypadku zarażenia.

Dr. Garsztka przemawia również przeciw zaraźliwości *molluscum contagiosum*.

Dr. Jabłoński opowiada o przypadku *molluscum* na nosie i innych częściach twarzy operowanym przez siebie z pomyślnym rezultatem.

Wykład dra Szumanna: Przyczynek do kazuistyki wycięcia nerki gruźliczéj.

Po zestawieniu wyników dotychczasowych wycięcia nerki, mówi prelegent o objawach gruźlicy nerkowéj, zwracając przytem uwagę, że inne są objawy gdy gruźlica zajmuje zewnętrzne warstwy miąższu nerkowego, a inne gdy ropień gruźliczy przebije miedniczkę nerkową. Następnie podaje przebieg operowanego z pomyślnym wynikiem przez siebie przypadku i demonstruje wyciętą nerkę, znacznie powiększoną i zawierającą rozległą jamę gruźliczą.

W dyskusyi nad tym przedmiotem prof. Kosiński opowiada o dwóch przypadkach, w których wykonywał operacyję z powodu gruźlicy nerki. W jednym z nich przebieg choroby był bardzo długi, bo ciągnął się przez 4 lata. Podczas operacyi spostrzeżono, że moczowód ma ściany zgrubiałe, jednakże wyciąć go nie można było. Obecnie w 3 lata po operacyi, chora ma się bardzo dobrze, jednakże w moczu znachodzi się zawsze ropa i wskutek tego prof. K. podejrzywa, że i druga nerka jest zajętą. Mowca zwraca uwagę na powolny przebieg choroby i na to, że gruźlica narządu moczopłciowego nie jest tak niebezpieczną, aby odrazu rokowanie co do życia miało być niepomyślne.

Prof. Obaliński prosi członków sekcyi o wypowiedzenie swego zdania co do sposobu operowania. Sam jest

za operacyją transperytonealną, jako dającą możność przekonania się o stanie drugiej nerki, co n. p. w przypadku wspomnianym przez prof. Kosińskiego było pożądanem.

Dr. Ziembicki sądzi, że sposób operowania wybierać należy zależnie od jakości guzów. Przy operacyjach zaotrzewnowych najczęściéj pomimo woli albo też z musu przecina się otrzewnę.

Prof. Kosiński, który wykonał 7 nefrektomij, przytacza przykład dowodzący, że zaotrzewnowo bez uszkodzenia otrzewny łatwo operacyję wykonać można.

Dr. Garsztka na podstawie wykonanych przez siebie kilkuset obdukcyj twierdzi, że jeżeli jedna nerka jest gruźlicą zajęta, to zwykle i w drugiéj są ślady gruźlicy. Dlatego dr. G. jest zatem, aby wskazanie do wyłuszczenia nerki ograniczyć do najrozpaczliwszych przypadków, tem bardziéj, że z operacyją tą łączy się niezmierny upływ krwi, który suchotnicy z trudnością znoszą.

Dr. Szuman sprzeciwia się temu twierdząc, że przy obdukcyi dlatego znajdujemy gruźlicę ogólną, że chorzy nie umierają z gruźlicy nerek, lecz późniéj po rozszerzeniu się choroby na inne narządy. Wycięcie nerki gruźliczéj, jak dowodzi statystyka, nie daje złego rokowania.

Zabierają głos jeszcze proff. Obaliński i Kosiński i dr. Szuman w sprawie wyboru sposobu operowania.

W końcu demonstrował doc. Trzebicky na preparatach injekcyjnych: Stosunki anatomo-chirurgiczne odbytnicy.

W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiają drowie Wehr, Wołkowicz i Kijewski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekcyja ginekologiczna.

Posiedzenie II. dnia 18 lipca przed południem.

Przewodniczący prof. Tyrchowski.

Prof. Mars wygłasza odczyt: „O gruczolaku złośliwym macicy (*adenoma destruens*)“, okazując odnośne preparaty.

Zacytowawszy obszerną literaturę, z któréj widać, że dotąd autorowie nie zgodzili się na jednę nazwę tego samego utworu pod różnem mianem opisywanego, przechodzi prelegent do opisu 3 swoich przypadków, z których, jak się wyraża prof. M., przebija troistość zależnie od tego, jak się zachowują 3 składnicze tkanki macicy. Jeden z tych przypadków operował Mikulicz z niepomyślnem zejściem, w drugim prelegent wyciął macicę z wynikiem bardzo dobrym. Wnioski, jakie mowca z badań swoich wysnuwa, są następujące: Gruczolak złośliwy może przedstawiać co do budowy różne obrazy; co do złośliwości stoi w pośrodku między nowotworami dobrotliwemi a złośliwemi; wzrasta powoli. Co do leczenia, to gdy gruczolak nie da się doszczętnie usunąć, należy bez zwłoki przystąpić do wycięcia macicy.

W rozprawie nad tym przedmiotem dr. Kohn zwraca uwagę na to, że jądra w komórkach tych tworów są wielkie i znajduje się ich po kilka w każdéj komórce, okoliczność tę uważa dr. K. za cechującą dla nowotworów złośliwych. Co do nazwy to jeden preparat uważa za raka, drugi za raka brodawkowatego.

Dr. Święcicki proponuje, aby nazywać nowotwór omawiany gruczolakiem, gdy okazuje charakter dobrotliwy, a rakiem, gdy jest złośliwym.

II. wykład Dra Święcickiego p. t.: „Przyczynek do prawa peryjodyczności w przyrodzie i życiu“ był umieszczony w Nrze 32 „Przeglądu Lekarskiego“.

III. wykład. Dr. Borysowicz z Warszawy: „Siodełkowate odcięcie części pochwowéj macicy (*amputatio partial. sellatiformis port. vag. uteri*)“.

Zestawiwszy wskazania do amputacyi części pochwowéj macicy i sposoby wykonania téj operacyi, wylicza wady najczęściéj obecnie używanej metody odcięcia klinowatego (długie trwanie operacyi, silne krwawienie, zniekształtnienie części pochwowéj, niezrastanie się bezpośrednie bł. śluzowéj pochwy z bł. śluzową szyjki, wywinięcie bł. śluzowéj szyjki), podaje prelegent szczegółowy opis swéj metody operowania, ilustrując takowy okazywanemi odlewami. Sposób przez Dr. B. podany, polega na wycięciu z boków części pochwowéj trójkątnych symetrycznych pyramid, dla ścieńczenia pozostającego po operacyi kikuta, oraz dla zmniejszenia nadmiaru błony śluzowéj pochwy. Dopiero po wycięciu tych pyramid i zeszyciu ran, przez to wycięcie utworzonych odejmuje się część pochwową za pomocą dwóch cięć, przedniego i tylnego, spotykających się z sobą w środku kanału szyi macicy pod kątem rozwartym zwróconym na zewnątrz. Operacyja daje się wykonać łatwo i prędko, krwawienie jest nieznaczne, gojenie się szybkie i brak zniekształtnienia części pochwowéj.

W dyskusyi zabierają głos Drowie Bylicki, Kohn i Święcicki przyrzekając, że przy najbliższéj sposobności wykonają tę operacyję, gdyż z opisu wydaje się, że zupełnie odpowiada celowi, czego o innych metodach powiedzieć nie można.

Dr. Thieme, który był świadkiem wykonywania operacyi przez prelegenta i sam takową wykonywał, poleca ją do wypróbowania.

Wykład dra Święckiego: O zupełnych zrostach pochwy i ich leczeniu operacyjnem.

Prelegent opisuje przypadek zarośnięcia pochwy po porodzie kleszczowym, w którym przeciął bliznę i wykonał transplantacyję błony śluzowéj z jelita królika. Gdy płatki błony śluzowéj się nie przyjęły, zmuszony był powtórzyć operacyję, przy któréj użył teraz papieru staniolowego z pomyślnym skutkiem.

W dyskusyi drowie Kohn i Jodłowski wspominają o podobnych przypadkach ze swéj praktyki.

Wykład dra Stroynowskiego: O stosunku cukrzycy do zmian narządu płciowego niewieściego.

Na podstawie poczynionych przez siebie od 12 lat spostrzeżeń, przychodzi dr. S. do wniosku, że cukrzyca sprowadza przedwczesne rozpoczęcie miesiączkowania, jakoteż zanik macicy i jajników. Jestto tak częste, że ma wartość rozpoznawczą, że zanik macicy może nas naprowadzić na podejrzenie cukrzycy. Świerzbiączka sromu występuje w cukrzycy często, lecz nie zawsze. Leczenie cukrzycy, wywiera równie korzystny wpływ na części płciowe.

W końcu dr. Sztembarth opisał kleszcze porodowe własnego pomysłu.

Sekcyja okulistyczna.

Posiedzenie II. Przewodniczący dr. Kramsztyk.

I. Referat dra. Sroczyńskiego: „O leczeniu jaglicy:

Wnioski referenta z szczegółowego rozbioru wszystkich najważniejszych dotychczasowych metod leczenia zebrać można w następujące punkty: Leczenie jaglicy powinno stosować się do każdorazowéj postaci, okresu i stopnia cierpienia, a mianowicie: 1) w okresie I, w przypadkach rozsianych ziarn jaglicowych i przerosłych brodaweczek najszybciéj dochodzi się do celu przez galwanokaustykę; 2) w okresie II. przez wygniatanie; 3) w przypadkach cięższych okresu I i II oraz na przejściu do III, najszybciéj osiągamy wynik pomyślny przez postępowanie operacyjne metodą Heisratha; 4) w wielu przypadkach nie można się obejść bez środków leczniczych, a głównie lapisu i *cuprum sulfur.*, zwłaszcza w leczeniu następowem. Każda z wymienionych metod daje najlepsze wyniki wśród korzystnych warunków higijenicznych, a z tych najważniejsze jest czyste, zwłaszcza górskie powietrze.

W dyskusyi dr. Ziemiński podnosi skuteczność sublimatu w postaci zakraplań rozczynu 1 : 500, lub w postaci maści 1 : 300. Nadto przypomina metodę Sattlera polegającą na nakłuwaniu ziarn i wyłyżeczkowaniu. Co do metody operacyjnéj, jest zwolennikiem wycinania samego

tylko załamka, co najwyżéj z wąskim paskiem górnéj części chrząstki.

Prof. Rydel zgodnie z referentem, nie widział po myślnych skutków po stosowaniu sublimatu, natomiast podnosi bardzo znaczenie lapisowania w przypadkach zaostrzeń sprawy jaglicowej i w świeżych okresach wrzodów jaglicowych.

Dr. Sroczyński potępia wszelkie postępowanie polegające na wyskrobywaniu produktów jaglicy, obawiając się szkodliwego wpływu na rogówkę z powstających ztąd strzępków spojówki, które ropieją i nadto mechanicznie drażnią rogówkę. Co do postępowania operacyjnego, koniecznem jest wycinanie chrząstki, tak dla osiągnięcia celu operacyi, jak dla uniknienia zboczeń w położeniu i ruchomości powiek.

Dr. Kramszyk wychodząc z założenia, że zapobieganie szerzeniu się jaglicy jest sprawą wagi społecznéj, wnosi, aby sekcyja uprosiła ogólne posiedzenie Zjazdu o powzięcie następującéj uchwały: Zjazd VI lek. i przyrodn. pol. uważa utworzenie oddzielnych zakładów wiejskich dla chorych jaglicowych za sprawę niezmiernie pilną zarówno ze względu na samych chorych, jak przedewszystkiem na zapobieżenie coraz większemu szerzeniu się téj choroby.

Wniosek ten po krótkiéj dyskusyi jednomyślnie uchwalono.

II. Dr. Noiszewski przedstawia hydroelektrody własnego pomysłu do elektryzowania oka, oraz podaje wskazania do ich użycia. Ponieważ dotychczasowe sposoby elektryzowania oka mniéj lub więcéj zadrażniają spojówkę, rogówkę i działają także na mózg, przeto prelegent stosuje biegun prądu w postaci kropli wody, zwieszającéj się z rurki szklanéj, w któréj biegun prądu jest ustalony. Elektrody takie są jedno biegunowe (druga elektroda zwyczajna za uchem) lub dwubiegunowe, których używa w porażeniach akomodacyi, ustawiając je po obu stronach rogówki.

III. Wykład prof. Rydla. Przyczynek do zaniewidzenia skutkiem zatrucia wyskokowego i tytoniowego.

Rozpoznanie tej postaci niedowidzenia wymaga dokładnego badania perymetrem ze względu na przerwę w przyśrodkowéj części pola widzenia dla barwy czerwonéj lub dla czerwonéj i zielonéj. Pożądanem przeto byłoby mieć dogodny sposób, zajmujący mniéj czasu niż badanie perymetrem, i mogący choć pobieżnie to badanie zastąpić. Prelegent zauważył, że chorzy z powyższem cierpieniem widzą każdem okiem z osobna przy czytaniu prób druku wyraźniéj skroniowe połowy wyrazów, i dla tego bystrość wzroku przy czytaniu obuocznem bywa znacznie większą, niż przy jednoocznem. Dotychczas spostrzegał prelegent objaw ten w 4 przypadkach, dr. Sroczyński zaś w 3 przyp. zaniewidzenia wyskokowo-tytoniowego. W zachowaniu się tem widzi prelegent wytłomaczenie w lokalizacyi znanéj przerwy w polu widzenia w miejscu między punktem środkowym a plamką Mariotta.

W dyskusyi zabierali głos dr. Sroczyński, dr. Gepner jun. z Warszawy, dr. Machek ze Lwowa, prelegent i dr. Ziemiński.

IV. Dr. Machek prosi o przyjęcie wniosku, aby sekcyja uchwaliła kontrolę nad składami okularów, któraby zniewoliła właścicieli składów do ścisłego przestrzegania przepisów, wydanych przez lekarza ordynującego szkła. Wniosek po krótkiéj dyskusyi uchwalono przedstawić na ogólnem posiedzeniu Zjazdu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekcyja higijeny i medycyny sądowej.

Posiedzenie II. Przewodniczący dr. Pollak.

I. Wykład dra Karczewskiego: O szerzeniu się chorób umysłowych i o sposobach zapobiegania szerzeniu się ich.

Udowodniwszy za pomocą dat statystycznych, że liczba umysłowo chorych, a zwłaszcza nerwowo chorych, w krajach cywilizowanych coraz bardziéj wzrasta, zaznacza dr. K. na jak wielkie niebezpieczeństwo z tego powodu społeczeństwo jest narażone. Jako przyczyny tego szerzenia się chorób umysłowych i nerwowych wylicza prelegent: zbyt częste małżeństwa pomiędzy krewnymi, nieodpowiedni sposób wychowywania, zbytnie natężenie umysłowe i nadużycia pod względem płciowym. Wielkie jest zadanie, ale też znaczny jest wpływ lekarzy pod względem zapobiegania tym złym stosunkom.

W dyskusyi przemawiali drowie Barzycki, Ponikło, Pollak, Merunowicz, Jendl, Wysocki i Tchórznicki.

II. Wykład dra Zawadzkiego: „O wyjaławianiu mleka".

Prelegent podnosi ważność i konieczną potrzebę wyjaławiania mleka i przedstawia przyrząd do tego celu służący zbudowany przez siebie i dra Nenckiego. Przytem wypowiada i uzasadnia zdanie, że wyjaławianie i rozcieńczanie mleka powinno się odbywać już w zakładach centralnych.

W dyskusyi wzięli udział drowie Ponikło, Barzycki, Tchórznicki, Merunowicz, Stępniewski, Goldhaber i Pietrzycki.

III. Wykład. Dr. Wachholz: „Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych".

Dr. W. wymienia znane dotąd próby na związki sinu i zaznacza, że z nowszych najważniejszą i najlepszą jest próba na methemoglobinę sinowodową podana przez Roberta, jak to prelegent wykazał zapomocą doświadczeń na królikach, które zatruwał sinkiem potasu. Toteż zaleca ją dr. W. do wykrywania otrucia związkami sinu w praktyce sądowo lekarskiéj.

IV. Dr. Feigel: „O wyróżnieniu krwi ludzkiéj od zwierzęcéj zapomocą żółci".

Jeżeli dodamy do krwi zaschłéj lub sproszkowanéj żółci, to powstają kryształki barwy ciemno-wiśniowéj, które z krwi ludzkiéj mają postać słupów, z zwierzęcéj mają inną postać np. kostki, ośmiościany i t. d. Po owych kryształach w kształcie słupów, można zatem odróżnić krew ludzką od zwierzęcéj. Rzecz ta wymaga jednak jeszcze dalszych badań.

Sekcyja medycyny teoretycznéj.

Posiedzenie II. Przewodniczący prof. Mareš.

I. Koreferent w sprawie ptomainów i leukomainów. Dr. Opieński zarzuca drowi Pruszyńskiemu, że w referacie swym nie podał wyników z własnych badań, lecz zadowolnił się przytoczeniem rzeczy już znanych. Zaznacza, że uwzględnić należy także toksalbuminy, tworzące się pod wpływem drobnoustrojów chorobotwórczych i podaje, że wyniki własnych badań w kierunku albuminów w hodowlach niektórych bakteryj są dotąd ujemne.

Po krótkiéj, a żywéj dyskusyi pomiędzy oboma referentami nastąpiło sprawozdanie dra Becka z pracy wykonanéj wspólnie z prof. Cybulskim: „O zjawiskach elektrycznych w korze mózgowéj". Jestto dalszy ciąg pracy znanéj czytelnikom „Przeglądu Lekarskiego". p. t.: O oznaczeniu lokalizacyi w mózgu i rdzeniu zapomocą zjawisk elektrycznych". Wyniki z dalszych badań są następujące: Odprowadzając prąd od dwóch miejsc kory mózgowéj zapomocą elektrod niepolaryzujących [których jakość nie miała wpływu na zmiany wychyleniaj, widzimy w galwanometrze wychylenie okazujące ciągłe wahania, które są wyrazem ustawicznych zmian w stanie czynnym środków nerwowych. Wahania te przedstawiają autorowie graficznie. Kierunek wychylenia wskazywał zazwyczaj, że przednia sfera półkul mózgowych bywała elektro-ujemna, czyli stan czynny środków w przedniéj części kory położonych był wybitniejszy. Co do samych zmian lokalizacyi, to występowały one także i po stronie drażnienia, ale były słabsze i prawdopodobnie występowały dopiero później. W początkach doświadczenia gdy kora była odsłonięta, zmiany elektryczne lokalne przy drażnieniu były niewyraźne, prawdopodobnie dla tego, że pokrywały je zmiany wywołane stanami czynnemi będącemi następstwem asocyjacyj. Uszkodzenie mózgu pociągało

za sobą wytwarzanie silnego napięcia elektroujemnego w miejscu uszkodzenia, podobnie jak drażnienie jakiejś okolicy kory mózgowéj. Napad drgawek, który występował czasem ku końcowi doświadczenia, poprzedzały silne zmiany w wychyleniu lusterka w galwanometrze.

W dyskusyi zabierali głos prof. Cybulski, dr. Korniłowicz, prelegent i prof. Mareš.

Nastąpił wykład kand. med. Zanietowskiego o pracy swéj i prof. Cybulskiego: „Nowa metoda podrażnienia nerwów i mięśni zapomocą kondensatorów.

Zadaniem téj metody jest wprowadzenie takiego bodźca do drażnienia mięśnia lub nerwu, którego siłę dokładnie znać i w jednostkach pewnych określićbyśmy mogli. Autorowie doszli do tego przez użycie ładunku kondensatora jako podniety, przyczem w grę wchodzące czynniki, jakoto różnica potencyjałów, pojemność i ściśle określony minimalny czas dokładnie dają się obliczyć i dowolnie zmieniać. Szereg wykonanych doświadczeń doprowadził do licznych, a ciekawych wniosków, z których jako najważniejsze przytaczamy następujące: czynnikiem podrażniającym jest energija bodźca, a nie gęstość prądu; w pewnych granicach między tą energiją a energiją mięśnia zachodzi ścisły stosunek; obciążenie mięśnia wpływa zarówno na granice pobudliwości jak i na stosunek między podniętą, a jéj skutkiem. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 27-go sierpnia 1891. Według ostatnich wiadomości zmniejsza się śmiertelność z cholery w Mekce. Od 27-go lipca do 1-go sierpnia zmarło tamże 336 osób. Natomiast w Dżedda wzrasta liczba przypadków śmierci z cholery. Wobec tego że pielgrzymi zaczynają już powracać, należy się niebawem spodziewać obniżenia śmiertelności. Urzędownie stwierdzono, że od 11-go lipca do 1-go b. m. zmarło z cholery osób 3026, z tych w Mekce 2238. W Aleppo utrzymuje się epidemija; dochodzą również wiadomości o kilku przypadach z Edlip i Antyjochii.

* Na mocy art. II. ustawy z dnia 12 grudnia 1889, Dz. u. kr. Nr. 8 z r. 1870 ustanowił Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem taksy dzienne w szpitalach powszechnych za leczenie i pielęgnowanie chorych: w Przemyślu od dorosłych w kwocie 45 ct., a od dzieci w kwocie 24 ct.; w Tarnowie od dorosłych 48 ct., od dzieci 28 ct.; w Tarnopolu od dorosłych 47 ct., od dzieci 26 ct.; w Brodach od dorosłych 46 ct., od dzieci 25 ct.; w Brzeżanach od dorosłych 54 ct., od dzieci 30 ct.; w Żółkwi od dorosłych 48 ct., od dzieci 25 ct.; w Drohobyczu od dorosłych 53 ct., od dzieci 28 ct.; w Rzeszowie od dorosłych 50 ct., od dzieci 28 ct.

* Na podstawie orzeczenia Najwyższéj Rady zdrowia zakazało Ministerstwo spraw wewnętrznych sprzedaży barwideł włosów: Aqua amarella, Seegera ulepszonéj pomady na włosy, wody na włosy amerykańskiéj Hair Roster.

* W Hamburgu odbyło się dnia 22 uroczyste poświęcenie krematoryjum, urządzonego z uwzględnieniem wszystkiego, czego nauka wymagać może od takich zakładów.

* W dniach 5 i 6 października r. b. odbędą się w Gracu posiedzenia wiedeńskiego stowarzyszenia psychologów i psychijatrów.

* Do tamowania krwotoków po porodach zbudowali maszynę (!) Davison i Leslie w Belfort i uzyskali na nią patent.

* Skład płynu Wickersheimera do przechowywania części zwłok jest następujący (według patentu z roku 1879): 100 grm. ałunu, 25 grm. soli kuchennéj, 12 grm. saletry, 60 grm. potażu i 10 grm. kwasu arsenawego rozpuszcza się w 3000 grm. wrzącéj wody. Po oziębnieniu roczyn się sączy i dodaje do 10 litrów cieczy obojętnéj i bezbarwnéj 1 litr gliceryny i 1 litr alkoholu metylowego. Wyroby zanurza się w tym roczynie przez 5 do 12 dni potem na powietrzu suszy. Postępowanie to zapobiega gniciu nawet przez szereg lat.

* Do dnia 18-go sierpnia było w Krynicy 3827 osób; w Szczawnicy do d. 25 sierpnia 2877 osób; w Truskawcu do 15 sierpnia 1032 osób; w Cieplicach czeskich do d. 22 sierpnia 5783 osób.

* W tygodniu 32-ym (od 9—15 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 45, skonów 56; z tych z odry 1, z krztuśćca 1, z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit 11.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kopenhaga** Dr. Gram został zamianowany zwyczajnym profesorem farmakologii w tutejszym uniwersytecie. Prof. Esmarch z Kiel i prof. Metschników z Odesy zostali zamianowani doktorami *honoris causa* uniwersytetu Cambridge. — **Kiel**. Dr. Bernard Fischer został zamianowany nadzwyczajnym profesorem higijeny i dyrektorem zakładu higinicznego. — **Dorpat**. Dr. Cschiesch (z Petersbuga) został zamianowany zwyczajnym profesorem psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** C. i k. lekarz pułkowy dr. Henryk Otto został przeniesiony do 70 p. p., a dr. Jerzy Koczyński i dr. Izydor Aschkenazy do 79 p. p.

* **Nekrologija.** Dnia 13 b. m. umarł w Karlsbadzie dr. Włodzimierz Tyralski, c. k. lekarz powiatowy w Zbarażu, długoletni członek Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i galicyjskiego, Tow. Tatrzańskiego, Tow. Przyjaciół sztuk pięknych i t. d., po ciężkiéj chorobie żołądkowej, przeżywszy lat 53. Zmarły był mężem zacnego i szlachetnego charakteru, gorliwie zawsze spełniającym obowiązki swe jako prawdziwy przyjaciel cierpiącéj ludzkości. Dobry obywatel, zacny i uczynny kolega, skromny i pracowity nie uganiał się za zaszczytami ani za fortuną, był ogólnie kochany i poważany. Cześć jego pamięci! — *Dr. Michał Berger.*

W Gryfii zmarł Dr. Józef Lücken asystent zakładu patologicznego. Przyczyną śmierci było zakażenie krwi wskutek skaleczenia się przy operacyi.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 5 Września 1891. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Pierwotny rak kości goleniowéj, wytworzony w jamie kostnéj po zapaleniu szpiku (*osteomyelitis*)

opisał

Prof. Dr. Longin Feigel

prosektor szpitala powszech. lwowskiego.

(Z 2 rycinami).

Pierwotne raki odnóg dolnych przedstawiają w porównaniu z podobnemi nowotworami innych części ciała stosunkowo bardzo rzadkie zdarzenia. Okoliczność ta jest uderzającą i dziwną wobec tego, iż wiadomo nam obecnie powszechnie, jak chętnie i często rak rozwija się w miejscach uległych poprzednio mechanicznym urazom rozmaitego rodzaju, jakoto: w miejscach zajętych wilkiem, na bliznach po oparzeniu, po stłuczeniach i t. p., odnogi zaś tak górne jak dolne ciężko pracujących robotników tak łatwo i często bywają narażone na podobne szkodliwości; rak n. p. dłoni, tak często podpadającéj najrozmaitszym urazom, opisany jest dotychczas w jednym tylko znanym przypadku przez Rysz. Volkmanna.

Pomiędzy temi rakami, które, jakto poniżéj bliżéj opiszemy, mogą mieć rozmaite źródła powstania, stosunkowo bardzo rzadkiemi są przypadki tego rodzaju, jak ten który opisać zamierzam, t. j. przypadek, w którym rak rozwinął się w jamie kostnéj, powstałéj wskutek długotrwałego zapalenia szpiku kostnego tak dalece, iż w całem piśmiennictwie zaledwie opisanych jest kilka naszemu przypadkowi zupełnie podobnych. Już więc sama rzadkość, niemniéj jednak i wielorakie a bardzo ciekawe stosunki, jakie przypadki te przedstawiają tak dla chirurga, jak dla anatoma patologicznego, usprawiedliwia dokładne opisanie i omówienie naszego przypadku. Przebieg choroby jest pokrótce następujący:

Chora Maryja R., 40 lat licząca, wieśniaczka, wstąpiła na oddział chirurgiczny szpitala powszech. lwowskiego dnia 24 lutego 1891 r. z cierpieniem podudzia prawego. Podaje ona, że gdy miała 15 lat, zaczęła doznawać w okolicy kości goleniowéj prawéj dotkliwych bólów, które zaczęły się od pięty, postępowały coraz to wyżéj, aż wreszcie ból i łamania w kości ustaliły się tuż pod kolanem. Po kilku miesiącach, w ciągu których kość pod kolanem mocno zgrubiała, pękła skóra nad kością i wylewała się przez kilka miesięcy z otworu skórnego ropa cuchnąca, przyczem odeszło i kilka drobnych kawałeczków martwéj kości. Następnie rana zagoiła się i noga przestała ją boleć tak, iż mogła jéj swobodnie używać. Dopiero gdy miała przeszło 25 lat, noga zaczęła ją ponownie w kości boleć, aczkolwiek rana zagojona nie otworzyła się, po kilku miesiącach zaś i ból powoli ustąpił. W podobny sposób ból ten powtarzał się późniéj jeszcze w dłuższych odstępach czasu kilka razy, bez wiadoméj przyczyny, rana jednak nie otwierała się. Dopiero zeszłego roku, t. j. w r. 1890 na Zielone święta (w maju) noga znowu obrzękła, zaczęła ją boleć, w sierpniu zaś pękła skóra w miejscu staréj rany i znowu obficie wyciekła cuchnąca ropa, z którą odchodziły drobne kawałki martwéj kości, które chora wyrzucała. Po kilku następnych miesiącach zaczęły w ranie wytwarzać się brodawki i powstał wrzód, który powoli się powiększał, aż doszedł do obecnéj rozległości. Równocześnie ból w chorem podudziu wzmógł się powoli do tego stopnia, iż chora ani ruszyć nogą, ani dotknąć takowéj nie mogła, stan ten skłonił ją do szukania pomocy w szpitalu powszechnym.

Badanie przedmiotowe wykazało u kobiety wzrostu średniego, smukłéj budowy ciała, miernie tylko odżywionej, niedokrewnéj, w okolicy kości goleniowéj prawéj, poniżéj nasady (*epiphysis*) kości, w skórze otwór podłużny, do 2 ctm. długi, 0·5 szeroki, otoczony brzegami brodawkującemi, nierównemi, szaro czerwonemi, które tworzą wrzód rozległości dłoni dziecka, zagłębiający się kraterowato w kość goleniową, która jest w téj części mocno zgrubiałą; z głębi otworu tego wydobywa się obfita, brudno-szara, mocno cuchnąca ropa. Zresztą części miękkie odnogi, kości i stawy nie obrzękłe; gruczoły pachwinowe udowe i inne nie obrzękłe, maleńkie i prawidłowo miękkie. Stan ogólny bezgorączkowy; sen z powodu bólów w odnodze choréj upośledzony; apetyt słaby.

Ponieważ badanie mikroskopowe wyciętego kawałka z brzegu otworu opisanego, wykazało budowę rakowatą, przeto dnia 2 go marca r. b. przystąpiono do odjęcia podudzia prawego w stawie kolanowym, poczem Wny p. pry-

maryjusz dr. Ziembicki nadesłał mi odnogę amputowaną do zbadania, za co raczy przyjąć szczere podziękowanie.

Po podłużnem przepiłowaniu odjętéj kości goleniowéj na 2 równe połowy, prawą i lewą, przedstawiają się następujące stosunki:

Brodawkujący, w wielu miejscach rozpadły i wyraźnie chociaż niezbyt znacznie nad powierzchnię skóry wzniesiony brzeg otworu skórnego, barwy szaro-czerwonéj, jest zaledwie 1 ctm. szeroki, poczem w około nagle przechodzi w cienką, zdrową skórę. W kilku miejscach brzeg ten zagina się ku środkowi i wchodzi wyraźnie w głąb jamy istniejącéj w kości. Kość goleniowa jest w górnéj swéj części, w długości 12 ctm. mocno wrzecionowato zgrubiałą (*spina ventosa carcinomatosa*), tak iż obwód jéj w najgrubszem miejscu, odpowiadającem środkowi otworu skórnego, wynosi 21 ctm., — 8 ctm. poniżéj obwód jéj zmniejsza się już do 11 ctm., poniżéj zaś kość staje się powoli prawidłowo grubą. Otwór skośny, który drąży daléj w głąb kości goleniowéj, rozszerza się w tejże w rozległą, obszerną jamę, która ku górze rozprzestrzenia się tak wysoko, iż pozostawia zaledwie na 2 ctm. grubą ścianę gąbczastéj kości, która jamę ową odgranicza od powierzchni stawowéj kości; ku tyłowi jama ta sięga aż do 0·5 ctm. grubéj, szklistéj, zbitéj kory kości goleniowéj; ku dołowi zaś tworzy ona głębokie, półkuliste zagłębienie od otworu przedniego w kości poczynające się. Wysokość całéj jamy w kości goleniowéj wynosi 9 ctm.; szerokość (od prawéj ku lewéj stronie) 4·5 ctm., głębokość (od przodu ku tyłowi) 5·5 ctm. Ściany kostne, otaczające jamę tę, są prawie wszędzie zupełnie gładkie, miejscami prawie szkliste; kość otaczająca takową zaś jest z tyłu zbitą, 0·5 ctm. i nadto grubą; z boków zaś kość jest przeważnie mocno zcieńczałą i okazuje od strony wewnętrznéj goleni, na przestrzeni podłużnéj rozległości małego jaja 4, od strony zewnętrznej zaś 3 otwory, razem więc 7 otworów rozległości grochu, które przedziurawiają zupełnie kość i okostnę, podczas gdy otaczające je tkanki miękkie, mięśnie i tkanka łączna okazują ograniczony naciek ropiasty, wśród tegoż zaś liczne drobne, ograniczone ropnie. Ku dołowi poniżéj opisanéj jamy, okazuje kość goleniowa w całéj swéj grubości stwardnienie zapalne (*sclerosis*), z zupełnym zanikiem jamy szpikowéj; dopiero w odległości 5 ctm. od dolnego brzegu opisanéj jamy widać w kości goleniowéj stosunki coraz to bardziéj prawidłowe, t. j. środkową jamę szpikową wypełnioną zrazu czerwonawym, poniżéj zaś żółtym szpikiem kostnym, jakoteż prawidłową korę kostną. Jama opisana wypełniona jest utkaniem wybitnie brodawkowem szaro-czerwonawem, przy ścianach kostnych w wielu miejscach jakby promienisto ku środkowi jamy rozgałęziającem się, pomiędzy którem liczne szpary i jamki wypełnione są cieczą gęstą, szarawą, do rozpadłego tłuszczu podobną; w środkowéj, lewéj części jamy rozpad ten jest największy i wytworzył próżną jamę rozległości prawie orzecha włoskiego. Największe i najobfitsze wybujałości znajdują się zresztą około otworu kloaki, podczas gdy w dnie jamy są one krótsze i mniéj obfite. Utkanie to brodawkowe posiada powierzchnię od strony kości miejscami zupełnie gładką i daje się od kości bardzo łatwo w postaci jednostajnéj błony odłuszczać; od podstawy téj zagłębia się utkanie nowotworowe pod postacią suchawéj, szarawej, do 1 ctm. grubéj, jakby przybłonkowéj warstwy, kształtu brodawkowego lub też listkowatego, od któréj odchodzą w głąb jamy kostnéj liczne cienkie brodaweczki i niteczki, oddzielone od siebie opisanym gęstym płynem szarawym. Okostna jest, oprócz miejsc powyżéj opisanych, poprzedziurawianych, w rozmaitym stopniu zgrubiałą, miejscami strzępiastą; części miękkie otaczające kość są w kilku miejscach ropiasto nacieknięte i okazują liczne jamki ropą wypełnione, przetokami ze sobą połączone.

Obrazy te przedstawiają załączone ryciny 1 i 2.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e kawałka wyciętego z brzegu otworu skórnego przed operacyją, wykazało warstwę przybłonkową skóry mocno bujającą i w postaci rozległych czopów głęboko w miazdrę skóry i głębiéj wchodzącą, z licznemi ogniskami gniazd perełkowatych, z bardzo skąpem podścieliskiem, złożonem z delikatnéj siatkowéj tkanki łącznéj, w którem rozgałęzione są liczne naczynia, około tych zaś widoczny jest w wielu miejscach naciek drobnokomórkowy, zapalny.



Fig. 1.



Fig. 2.

Badanie kawałków wyciętych z głębi jamy, tuż przy kości, wykazuje budowę zupełnie podobną do budowy powyż opisanéj nowotworu skórnego. Dość skąpe podścielisko łączne ułożone jest listkowato lub też tworzy krótkie, brodawkowe wyrośle, które pokryte są obfitą warstwą komórek przybłonkowych; warstwa ta przybłonkowa złożoną jest z wielkich płaskich komórek z mocno barwiącemi się jądrami; komórki te w bezpośredniem otoczeniu podścieliska przybierają postacie więcéj kubiczne i okrągłe; tworzą one bardzo obfite gniazda i wypustki głęboko w jamę wchodzące, często w końcu pałkowato rozszerzone i tu kryjące w sobie znane ogólnie perły przybłonkowe. W wielu wyrobach mikroskopowych widać też bardzo piękne komórki kolczaste (*Stachelzellen*) przybłonkowe. Wiele komórek widzimy nadto szklisto przeobrażonych. Inne cięcia, pochodzące z bardziéj środkowych części jamy kostnéj, okazują natomiast obfite podścielisko, złożone z delikatnéj siatkowatéj tkanki łącznéj z licznemi naczyniami i naciekiem drobnokomórkowym, miejscami zaś z tak silnem bujaniem tkanki łącznéj, iż obrazy pojedyncze przypominają budowę mięsakową, podczas gdy utkanie przybłonkowe nowotworu zupełnie jest podobne do wprzód opisanego, zwłaszcza zaś pięknie występują do palisady podobne komórki na granicy podścieliska, obok licznych gniazd perełkowych. Jestto obraz, który już Virchow opisał jako zwykły w przypadkach, w których pokład przybłonkowy buja w tkance łącznéj i który ogólnie jest znany pod nazwą p r z y b ł o n i a k ó w, r a k o w c ó w *(Epithelioma, Cancroid)*. — W niektórych wszakże miejscach widzimy nadto obrazy, w których śródbłonek naczyniowy buja obficie i przeistoczony jest w duże komórki płaskie, podobne do przybłonkowych tak, iż przypadkiem natrafiwszy w pierwszym zaraz wyrobie na podobny obraz, pewnym był piszący, iż ma do czynienia z śródbłoniakiem (*endothelioma*) podczas gdy dalsze wyroby wyjaśniły dokładnie budowę nowotworu rakowcowatą. Badanie płynu gęstego, wypełniającego przestwory pomiędzy brodawkami, wykazuje, iż składa się on z rozpadłych przybłonków i tłuszczu rozpadlinowego.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał
Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Lecz zachodzi pytanie, jak daleko wnikają przy wrzodach rogówki bakteryje chorobotwórcze w tkanki pozornie zdrowe? — Na jakiéj przestrzeni, jak głęboko w błonie rogowéj żegadło ma wywrzeć swój wpływ niszczący? Wprawdzie, zabarwienie zapomocą fluorescyny okolicy, patologicznie zmienionéj, ułatwia rozpoznanie, lecz nie zupełnie usuwa w tym razie powstające trudności dyjagnostyczne. A nie zapominajmy, że nigdzie nie ma się więcéj na sercu zasad chirurgii zachowawczéj, jak przy leczeniu chorób rogówki, gdzie obowiązkiem naszym jest zachowanie, uratowanie najdrobniejszéj przeźroczystej cząsteczki téj błony. Przeto, zanim zastosuje się żegadło, należy — szczególnie w przypadkach, w których sprawa ropna rozpostarała się na znacznéj przestrzeni w rogówce, — dobrze zważyć w umyśle wszelkie za i przeciw tym bardziéj, że oddawna znany jest sposób leczenia, nieraz dający możność powstrzymania rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, a nie narażający na szwank części przeźroczystych błony rogowéj. Mamy na myśli stosowanie możliwie wysokich stopni ciepła tudzież polecone przez S a e m i s c h a przecięcie poprzeczne całego dna wrzodu. Dzięki działaniu ciepła (np. w postaci opaski ogrzewającéj antyseptycznéj), a zatem dzięki zwiększonemu dopływowi krwi wzmaga się odżywianie w pozostałéj zdrowéj części utkania rogówki, która tym sposobem nabiera więcéj odporności wobec mikrobów. Też same skutki sprowadza przecięcie dna wrzodu: ciecz wodna bowiem zmywa zadaną ranę, a, po zniknięciu komory przedniéj, tęczówka przymyka do tylnéj powierzchni błony rogowéj — co staje się czynnikiem nader pomyślnym w walce z mikrobami.

Nieurazowe sprawy zapalne głębiéj położonych części oka są niewątpliwie w przeważnej liczbie przypadków pochodzenia grzybkowego, zazwyczaj powstają one skutkiem zakażenia wnętrznego (*endogene Infektion*). Zarazek dostaje się do narządu wzroku, czy to wraz z prądem krwi, czy też przez drogi chłonne.

Do ostatnich czasów poprzestawano w leczeniu téj grupy chorób na zwalczaniu choroby zasadniczéj (kiły, gośća, dny, ropnicy, posocznicy, rzeżączki i t. d.). Miejscowo ograniczano się na zakrapianiu do worka spojówkowego leków, o mniéj lub więcéj wyraźnych własnościach przeciwgnilnych. Stosowano rostwory sublimatowe, a w ostatnich czasach rostwory pyoktaniny, która miała być nietylko dzielnym antyseptykiem, lecz zarazem posiadać wydatne zdolności dyfuzyjne. Prócz tego dokonywano wcierań w powierzchnię gałki ocznéj maści lanolinowéj, zawierającéj rtęć. Aczkolwiek we wszystkich przewlekłych chorobach oczu m i ę s i e n i e, umiejętnie wykonywane, zazwyczaj sprowadza skutki pomyślne: wszakże wyniki całego wyż podanego leczenia miejscowego chorób, śródocznych pozostawiają wiele do życzenia. Dopiero w latach ostatnich w celu zwalczenia spraw chorobowych, dotyczących wnętrza gałki ocznéj, uciekano się do leczenia racyjonalniejszego, mianowicie, do śródgałkowych wstrzykiwań rostworów różnych leków, a gdy to sprowadzało wątpliwe, a nieraz wyraźnie ujemne skutki, obrano inną drogę, zaczęto wstrzykiwać pod spojówkę różne środki przeciwgnilne. W ten sposób otrzymane wyniki okazały się dosyć pomyślnemi w wielu niewątpliwie zakaźnych chorobach gałki ocznej. Sądzę jednak, iż najwłaściwszem byłoby wstrzykiwanie rostworów antyseptycznych (zwłaszcza trójchlorku jodu) do przestworu T é n o n a, z którym łączą się inne przestwory chłonne oczu.

To, cośmy dotąd zaznaczyli, przekonywa dosadnie, jak rozległy jest zakres antyseptyki w leczeniu różnorodnych chorób ocznych. Dla przedstawienia w właściwem świetle jéj zastosowania w oftalmologii winniśmy zastanowić się jeszcze nad stosowaniem zasad téj metody leczniczéj przy zabiegach chirurgicznych, których polem bywa narząd wzroku, tudzież w przypadkowych zranieniach oczu.

Uprzytomnijmy sobie warunki, śród których w tym razie stosujemy omawianą metodę, uprzytomnijmy sobie własności gleby, na któréj mamy działać. Odrazu widzimy, iż warunki tak anatomiczne jak i fizyjologiczne worka spojówego wielce sprzyjają dostępowi i rozwojowi drobno-ustrojów. Otworem stojąca błona śluzowa oka bezpośrednio łączy się z powietrzem otaczającem, przeto, rzecz prosta, iż różnorodne mikroby, zawieszone w powietrzu, na niéj osiadają; nie mniéj liczne okazy mikroorganizmów dostają się na spojówkę oka przy myciu się, dotykaniu palcami, ręcznikiem, chustkami i t. d. Nadto znaczną liczbę przeróżnych pasorzytów dostarczają tak często chorobowo zajęte gruczołki brzegów powiek, a wreszcie powierzchnie jamy ustnéj i jam nosowych, komunikujące z workiem spojówkowym za pomocą przewodów noso-łzowych. Wszak wiadomo, iż te jamy roją się mnóstwem odmian mikrobów, wysoce nawet szkodliwych dla tkanek oka.

Błona spojówkowa znajduje się w warunkach fizykochemicznych (ciepło, wilgoć, lekki stopień alkaliczności, dostęp tlenu z powietrza) nader pomyślnych dla hodowli większości mikroorganizmów. Nie dziw też, iż tak bogatą jest flora bakteryjna spojówki nietylko w jéj stanie patologicznym, lecz i w stanie najzupełniéj prawidłowym. Wprawdzie, większość drobnoustrojów, kwitnących na błonie śluzowej oka, należy do rzędu istot nieszkodliwych, do rzędu saprofytów. A ustaleniu się ich tudzież mikrobów chorobotwórczych sprzeciwia się w pewnéj mierze mruganie powiekami oraz stałe wydzielanie się łez i odpadanie warstwy powierzchownéj komórek przybłonkowych, usianych ustrojami grzybkowemi, wreszcie odradzanie się komorek z wewnątrz (z głębi).

Zresztą, obecność drobnoustrojów chorobotwórczych najczęściej pozostaje bez skutku, dopóki prawidłowa, nieuszkodzona, zdrowa i zdolna do życia warstwa przybłonkowa pokrywa i ochrania powierchnię gałki ocznéj. Skoro jednak przybłonek naruszonym zostaje, n. p. podczas zabiegu operacyjnego, wówczas mikroby głębiéj wnikają i wpływ zgubny wywierają na tkanki, o ile stan odżywiania się tkanek jest tego rodzaju, że ulega w walce z wciskającemi się zarazkami. Niestety! rogówka tudzież cała treść gałki ocznéj jest jak najlepszem podłożem do zagnieżdżenia się oraz dalszego rozwoju różnych drobnoustrojów i to nietylko dla koków ropnych, lecz i dla innych koków, dla laseczników, a nawet dla pleśni. Przytem godnem zaznaczenia jest, że krążenie limfy i wymiana cieczy w oku nader powolnie odbywają się.

Wiadomo, że bakteryje ropne wywołują ostre ropne zapalenia gałki ocznéj, a prawdopodobnem jest iż, nawet

nieropne koki, istniejące w worku spojówkowym, dostawszy się do wnętrza oka, bądź to przez ranę, zadaną oku, bądź też skutkiem sprawy rozpadowéj, na powierzchni gałki ocznéj, mogą wywołac przewlekłe sprawy zapalne, nietylko rogówki, lecz i siatkówki oraz jagodówki, a stąd wynikłe zmiany chorobowe wywierają zgubny wpływ na siłę wzrokową, ba, nawet sprowadzają ślepotę skutkiem marskości (*Schrumpfung*) ciałka szklistego i oddzielenia siatkówki.

Świadomość podanych wyników badań bakteryjologicznych w dziedzinie oftalmologii uporczywie nasuwa na myśl spożytkowanie w całéj rozciągłości zasad postępowania przeciwgnilnego, zatem stosowania wszelkich środków, które w danym razie są w stanie uniemożliwić wybuch sprawy zakaźnéj w polu operacyjnem (*asepsis*). A tu spotykają nas smutne w tym względzie wyniki badań Gayeta, Eug. Ficka, Sattlera i Chibreta niezbicie, dowodzące iż najdzielniejsze dotąd znane płyny odrażne nie są w stanie usunąć w zupełności z worka nawet prawidłowéj spojówki bakteryj, tamże bujających. Cóż więc myśleć o ścisłem odrażaniu zakażonéj spojówki lub zakaźnych owrzodzeń błony rogowéj

Liczne są przyczyny, iż nie możemy ściśle aseptycznie dokonywać operacyj ocznych. Dotąd nader mało znanych jest płynów bakteryjobójczych, które czyniłyby zadosyć warunkom kardynalnym, jakie okuliści przedewszystkiem stawiać muszą przy stosowaniu takich środków. Płyn bakteryjobójczy ma tu działać niezmiernie szybko, a zarazem jak najmniéj drażnić oko. Tak idealnych antyseptyków dotychczas nie wykryto. Z całego szeregu leków przeciwgnilnych, doświadczanych przez okulistów, dwa tylko uznano za względnie nadające się do postępowania przeciwgnilnego przy operacyjach ocznych, są to: woda chlorowa (powinna zawierać 0·4% chloru), przetwór, łatwo ulegający rozkładowi, i rostwory sublimatowe, które dla téj ujemnéj strony wody chlorowéj stanowią obecnie jedyny płynny antyseptyk, stosowany przy operacyjach przez przeważną większość okulistów pomimo, że Schmidt-Rimpler wykazał, iż woda chlorowa mniéj drażni oko, a posiada o wiele wydatniejsze własności odkażne, aniżeli $^{1}/_{50}$% rostwór sublimatu. Wiadomo, że oko i to nie każdego chorego znosi, co najwyżéj $^{1}/_{50}$% rozczyn tego leku. Gdyby zaś płyn taki nawet dotarł do wszystkich fałdów, zagięć i gruczołów spojówki oraz brzegów powiek, gdyby na wetnie ulegał rozcieńczeniu, a w części zobojętnieniu przezwydzieliny gruczołów łzowych i spojówkowych, przez zawarte w tych wydzielinach ciała białkowate, musiałby wówczas działać jako taki co najmniéj przez 15 do 30 minut, jak wynika z badań Kocha, jeśliby miał skutek niewątpliwie bakteryjobójczy wywołać A czyż coś podobnego, może nastąpić przy operacyi ocznéj? Nie dość na tem, według zasad antyseptyki wymaga się nadto, aby chronić zadaną ranę od wnikania zarazków, póki nie nastąpi zupełne jéj zagojenie co przy zabiegach chirurgicznych, których polem jest narząd wzroku, uważać należy za wprost niemożliwe wobec naturalnéj łączności worka spojówkowego z jamą nosową. Narazie możnaby sądzić, iż popada się w położenie bez wyjścia, iż bakteryjologija, która dała podwalinę naukową antyseptyce, sama poniekąd kruszy swe dzieło. Tak źle nie jest, jak się o tem natychmiast przekonamy.

Przedewszystkiem, już przed erą antyseptyczną operatorowie, przestrzegający nieco ściśléj przepisów zwykłéj czystości, nie nazbyt często spotykali się z zakażeniami ran, zadanych przy operacyi ocznéj, zręcznie dokonanéj. Wszak wiemy, iż w dawnych czasach, kiedy lepsi operatorowie katarakt w najpomyślniejszym razie tracili co najmniéj 10% oczu, z których usuwali zaćmę, w tymże czasie, dzięki ulepszonéj technice, dzięki uwzględnieniu ogólnego stanu chorego, dzięki przestrzeganiu pewnéj czystości, dzięki tym warunkom Mooren miał tylko 3,4%, Arlt 2,06%, a Jakobson senior (w roku 1863) tylko 2% strat — b e z p o ś r e d n i o po operacyi katarakty.

Zresztą, wybuch sprawy ropnéj po wszystkich operacyjach ocznych, w których nie zachodzi potrzeba przenikania ścianek gałki ocznéj, w których nie zachodzi potrzeba odsłaniania wnętrza oka, wydarza się nierównie rzadziéj, aniżeli to ma miejsce przy operacyjach chirurgicznych, dotyczących innych narządów, ustroju.

Łatwo stwierdzić można obecność licznych mikrobów w worku spojówki ócz, które zresztą jak najpomyślniéj przebyły sprawę gojenia nawet po takich operacyjach, jak wydobycie zaćmy, irydektomija, operacyja zezowatości i t. d. G a y e t donosi, iż w 171 przypadkach, mimo zachowywania jak najściślejszych przepisów antyseptyki, utrzymały się bakteryje w worku spojówkowym; w tych przypadkach dokonano operacyj katarakty i tylko 13 razy, t. j., w 7,6% przypadków spostrzeżono wybuch sprawy zakaźnéj.

Właściwie mówiąc, nieodzowność wprowadzenia antyseptyki do chirurgii ocznéj narzuca się umysłowi okulisty głównie wobec statystyk operacyjnego leczenia zaćmy, albowiem skutki tego rodzaju operacyj mają najdonioślejsze znaczenie praktyczne. Okuliści poczytali sobie też za obowiązek usunąć możliwość wyników niefortunnych, powstających skutkiem zakażenia, występującego nawet po najbardziéj po mistrzowsku pod względem technicznym dokonanéj operacyi katarakty.

Już wyżéj mówiliśmy, że okulista nie może ani na chwilę łudzić się, jakoby jego pole operacyjne w każdym przypadku mogło być wolnem od obecności mikrobów, jakoby pole to można było uczynić aseptycznem. Zbyt często jednak zapomina się, że do wybuchu każdéj sprawy zakaźnéj nie wystarcza obecność drobnoustrojów chorobotwórczych tudzież możność wnikania ich w tkanki, jeśli gleba, na któréj osiądą, nie posiada własności przyjaznych dla ich potrzeb życiowych. Jak nie na każdą glebę rzucone ziarno zejść może, tak i chorobotwórcze pasorzyty grzybkowe mogą być ubezwładnione, wreszcie zniszczone, zetknąwszy się tkankami ustroju obdarzonego znacznym zasobem odpornych sił żywotnych.

Do wybuchu spraw ropnych w pewnéj części oka nie. odzownym jest pewien upadek stanu odżywiania tkanek. Zaburzenie to staje się powodem, iż tkanki ulegają w walce z drobnoustrojami. Ten upadek stanu odżywiania może wyniknąć w skutek nieopatrznego zadania rany, n. p. przy wadliwéj technice operacyjnéj tudzież skutkiem zboczeń w ważniejszych czynnościach całego ustroju, zwłaszcza zaś skutkiem wszelkich ogólnych, głęboko w ustroju zakorzenionych chorób.

Uwzględniając powyższe wywody, dochodzimy do wniosku, iż należy odróżniać antyseptykę subjektywną od antyseptyki objektywnéj. S u b j e k t y w n a a n t y s e p t y k a zasadza się na możliwie skrupulatnem odkażeniu operatora tudzież jego pomocników, w ogóle wszystkiego, cokolwiek zetknie się z tkankami oka, mianowicie: ręce, narzędzia, leki, materyjały opatrunkowe i materyjały, służące do nakładania szwów. Tym sposobem staramy się usunąć możliwość wpro-

dzenia z zewnątrz w pole operacyjne jakichkolwiek drobnoustrojów.

Objektywna zaś antyseptyka ma na celu uchronienie od wybuchu spraw zakaźnych w polu operacyjnem przez zastosowanie postępowania przeciwgnilnego u samegoż chorego, który poddaje się operacyi ocznéj. W celu osiągnięcia najpomyślniejszych wyników ze stosowania antyseptyki objektywnéj działamy w kierunku przeciwgnilnym nie tylko bezpośrednio na pole operacyjne oraz sąsiednie okolice, lecz nadto działamy pośrednio na cały ustrój chorego, starając się doprowadzić tenże do stanu, w którymby jego tkanki dzięki krzepkim siłom żywotnym dzielnie w razie potrzeby przeciwdziałały wpływom szkodliwym pasorzytów grzybkowych.

O ile więc przez subjektywną antyseptykę zamierza się nie dopuszczać do pola operacyjnego mikroorganizmów, znajdujących się poza ustrojem chorego: o tyle przez objektywną antyseptykę staramy się zwalczać drobnoustroje, już istniejące w polu operacyjnem, nadewszystko zaś staramy się nadać tkankom należny stopień dzielności, odporności względem mikrobów, które mimo wszystkich środków, przeciw nim zwróconych, zdołały ujść zagładzie lub mogły w jakikolwiek bądź sposób przedostać się w granice pola operacyjnego.

Tak pojmowane postępowanie przeciwgnilne może wydać niewątpliwie błogie wyniki, tak pojmowana antyseptyka zaznacza poważny postęp w sprawie racyjonalnéj chirurgii ocznéj. Téj metodzie leczenia zawdzięcza się, iż po najśmielszych operacyjach, dokonanych na oczach, nie wyczekujemy z bijącem sercem, ażali przypadkowy zbieg pomyślnych warunków uchroni narząd operowany od spraw zakaźnych tudzież ich zgubnych skutków.

Chcąc należnie wyczerpać temat niniejszego wykładu ściślej podam zasady antyseptyki, jakich zwykłem przestrzegać przy wszelkich zranieniach tak przypadkowych jak i operacyjnych, zwłaszcza zaś przy tych, które dotyczą pokryw gałki ocznéj.

Co do antyseptyki subjektywnéj, nie będę się obszerniéj rozwodził. Celem naszym jest w tym razie, aby żyjące tkanki i ciecze tkankowe stykały się litylko z ciałami wyjałowionemi, celem naszym jest właściwie osiągnięcie przez postępowanie przeciwgnilne aseptyki subjektywnéj.

Jakkolwiek w obecnym stanie chirurgii zakażenie z powietrza (*Luftinfektion*) mało się uwzględnia, natomiast całą uwagę kierują operatorzy na usunięcie możności zakażenia przez dotykanie (*Kontaktinfektion*): jednak zawsze starać się należy o możliwie najczystszą atmosferę dla chorego, poddającego się operacyi.

(Nie zawsze możemy operować w sali, na ten cel odpowiednio urządzonéj. Mając dokonać operacyi, n. p. w mieszkaniu prywatnem chorego trzeba baczyć na czystość podłogi, okien, drzwi i ścian w pokoju, przeznaczonym dla chorego. Esmarch, porównywując wyniki, otrzymane z różnych metod desynfekcyi ścian, doszedł do wniosku, iż najpraktyczniejszą i najbardziéj niezawodną jest metoda mechaniczna, t. j. dwukrotne wytarcie ścian chlebem, przyczem prawie zawsze usuwa się z ich powierzchni wszelkie zarazki).

Wobec wyżéj wspomnianych zapatrywań chirurgów narząd wzroku poniekąd jest w warunkach pomyślnych, gdyż nigdy prawie palce okulisty, ani też części narzędzi, których operator dotyka palcami, nie stykają się z raną gałki ocznéj. W tym względzie jesteśmy szczęśliwsi od reszty chirurgów. Wiadomo, że dotąd żadna metoda desynkfekcyi rąk (Fürbringera, Forstera, Kümmela, Landsberga, Fr. Bolla) nie jest w stanie w zupełności ostać się wobec krytyki bakteryjologów. Nadto nadmieńmy, iż niektóre z tych metod są wprost niemożliwe w praktyce okulistycznéj, a to z powodu, iż przytępiają zmysł dotyku, tak ważny dla operatora-okulisty. W praktyce naszéj bez obawy zadowolić się możemy mechanicznem oczyszczeniem rąk (zwłaszcza paznogci i ich sąsiedztwa), następnie dokładnem obmyciem ich wodą ciepłą i mydłem, najlepiéj płynnem (jedna cześć mydła potasowego na dziewięć części wyskoku 90%): poczem, zamoczywszy ręce w wyskoku[1]) co najmniej 80%, zanurzamy je przez minutę w $^1/_{20}$% roczczynie sublimatu, który od dwu lat zastąpiłem przez $^1/_{10}$% rostwór trójchlorku jodu, przetworu, o którym niżéj obszerniéj pomówię. Przy całéj tualecie rąk należy posługiwać się szczoteczką, wyjmowaną za każdym razem z roczczynu przeciwgnilnego. (C. d. n.)

III. Kazuistyka sądowo-lekarska.

III.

Śmierć z porażenia serca czy z innéj przyczyny?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz miejski w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 35.)

Z obszernych zeznań świadków, podajemy szczegóły najważniejsze. Karolina Z., siostra obwinionego Wojciecha Z., podaje: „... ojciec (Jan Z.) uderzył Wojciecha w twarz, wówczas W. pochwycił ojca, przewalił na wyrko, jednem kolanem wlazł na piersi i gniótł rękoma, a ojciec wołał na mnie: Karolinko leć po kogo aby mnie ratował, bo on mnie zabije. Wtedy ja i brat mój młodszy prosiliśmy Wojciecha, aby dał spokój i on rzeczywiście puścił ojca i wybiegł na pole, ojciec powstał, ale mocno stękał, wyszedł na pole za Wojciechem Z., lecz zaraz powrócił, usiadł i stękał. Niedługo potem ojciec wziął laskę i wyszedł ponownie na pole, ja nie poszłam zaraz za ojcem, a gdy po chwili wyszłam, słyszałam jak ojciec krzyczał: o dla Boga ludzie ratujcie!—gdym w tę stronę przybiegła, już ojciec leżał na ziemi a Wojciech ciągnął swoją skrzynię z rzeczami ku domowi, Józef S. zaś nadbiegł w to miejsce".

Świadek Józef S. (sąsiad) podaje: „... dnia 21 lutego stojąc przy oknie w moim domu, o jakie 400 kroków odległym, widziałem jak Jan Z., wyszedłszy ze swego domu mówił coś do swojéj córki Karoliny i przekładał laskę z ręki do ręki, poczem z laską w ręce biegł ku domowi swego starszego syna Jędrzeja. Ja po chwili zdjęty ciekawością, poszedłem ku domowi Jana Z. i widziałem jak Jan z Wojciechem stali przed domem, wówczas Wojciech trzymając motykę w obu rękach zamierzył się z góry, aby Jana Z. w głowę uderzyć, lecz gdy się Jan zasłonił lewą ręką, uderzył go w rękę, wówczas biegnąc krzyczałem na Wojciecha, lecz on jeszcze raz tą samą motyką z obu rąk ojca w głowę uderzył i wówczas Jan zaraz się na ziemię obalił koło skrzynki tam stojącej, a biegnąc ku temu miejscu, widzia-

[1]) Obmycie rąk w alkoholu znakomicie ułatwia przyleganie płynów przeciwgnilnych do skóry w okolicy podpaznogciowéj.

łem jak Wojciech podniósł za antabki skrzynię do góry i dwa razy na głowę ojca puścił, poczem trzymając jedną ręką motykę, drugą ciągnął skrzynię za antabkę do domu. Ja przyskoczyłem do Jana Z. leżącego na ziemi i nacierając śniegiem, usiłowałem go do życia przyprowadzić, lecz nadaremnie, bo tylko dwa razy westchnął i już nie okazał znaku życia . . .“

Na podstawie powyższych zeznań wzajemnie się uzupełniających i na podstawie protokołu sekcyi orzekli znawcy inni co następuje:

1) Twierdzenie pp. obducentów, którzy jak się zdaje, nie znali przebiegu zajścia, że śmierć Jana Z. nastąpiła z porażenia serca wskutek tłuszczowego zwyrodnienia tego narządu i że obrażenia zadane mu za życia, mogły się jedynie pośrednio przyczynić do wywołania udaru sercowego, nie jest w przypadku niniejszym usprawiedliwione ani rezultatem sekcyi, ani przebiegiem zajścia jak je opisują świadkowie. Jakkolwiek bowiem spostrzeżono przy sekcyi kruchość mięśnia sercowego i powleczenie się noża tłuszczem, to jednak skoro się zważy, że wykonano sekcyję na zwłokach zmarzniętych a mięśnie zmarznięte są zawsze kruche, że mięśnia sercowego nie badano mikroskopowo, że tłuszcz na nożu mógł pochodzić od pokładu tłuszczowego na samem sercu, w tym przypadku bardzo wybitnego, nadto gdy się uwzględni, że starzec ten czuł się przed zajściem zupełnie zdrowym i brał w niem taki udział, jaki zwykł brać człowiek zupełnie zdrowy, pomimo swego późnego wieku, musimy stanowczo twierdzić, że w przypadku niniejszym nie można przypuścić stłuszczenia mięśnia sercowego, jako przyczyny śmierci Jana Z.

2) W obec tego musimy koniecznie oświadczyć się za tem, że Jan Z. umarł śmiercią gwałtowną i to śmiercią szybką, jak tego dowodzi płynność krwi. Na podstawie zeznań świadków i to zeznań tak dokładnych, możemy stanowczo oświadczyć, że przyczyną śmierci Jana Z. było **wstrząśnienie mózgu** po znacznem obrażeniu głowy. Czy obrażenie to nastąpiło przez ugodzenie w czoło obuchem oburącz trzymanéj motyki, czy też przez uderzenie w głowę ciężką skrzynką, w chwili gdy Jan Z. leżał na ziemi, tego stanowczo rozstrzygnąć nie możemy. W każdym razie stwierdzamy na podstawie doświadczenia, że każde z obrażeń tych z osobna było dostatecznem do sprowadzenia śmierci wskutek wstrząśnienia mózgu. Przebieg zajścia przemawia jednak z wielkiem prawdopodobieństwem za tem, że wskutek ugodzenia motyką w okolicę nasady nosa, denat obalił się na ziemię, a gdy leżąc doznał uderzenia skrzynią w głowę, nastąpiło śmiertelne wstrząśnienie mózgu.

3) Przeciw naszemu zdaniu nie przemawia wcale okoliczność, że czaszka była nieuszkodzona, gdyż obducenci sami stwierdzili, że grubość kości czaszkowych była znaczną a doświadczenie poucza, że wstrząśnienie mózgu śmiertelne może powstać bez uszkodzenia kości czaszkowych; na korzyść naszego zdania zaś przemawia płynność krwi, co dowodzi, że śmierć nastała szybko.

4) Obrażenie to stało się przyczyną śmierci już z natury swéj w ogólności a rychła pomoc lekarska nie byłaby zapobiegła zejściu śmiertelnemu.

5) Sińce opisane na łokciu i na grzbiecie lewéj ręki mogą pochodzić od uderzeń obuchem motyki, jak podają świadkowie, stanowiły one same przez się lekkie uszkodzenia ciała, nie stały zaś w związku ze śmiercią Jana Z.

6) Złamania dwu żeber t. j. żebra 5-go i 6 go po stronie lewéj powstały wskutek przytłoczenia klatki piersiowéj znacznym ciężarem, a w przypadku niniejszym ugniatanie kolanem klatki piersiowéj starca stało się przyczyną tych złamań. Obrażenia te w obec wieku Jana Z. oceniamy jako ciężkie uszkodzenie ciała, sprowadzające zazwyczaj upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy zawodowéj przez więcéj niż 20 dni.

Przypadek opisany wykazuje dowodnie, jak nieodpowiedniem bywa często orzekanie o przyczynie śmierci bezpośrednio po wykonaniu sekcyi zwłok. Bez znajomości szczegółów zajścia musiało i w przypadku niniejszym wydanie orzeczenia napotykać trudności, które ustąpiły, gdy całe akta drugim znawcom przedłożono. Sprawy takie powinny stanowić wskazówkę, aby w przypadkach ważnych a niejasnych wstrzymywać się z wydaniem orzeczenia aż do przesłuchania świadków i dopiero na téj podstawie orzekać, uwzględniając równocześnie wyniki sekcyi. Z własnego doświadczenia przyznajemy, że istnieje z różnych powodów pewien nacisk, aby lekarze wydawali orzeczenia natychmiast, jednak bezwzględne uleganie temu naciskowi nie tylko że nie jest usprawiedliwione w obec ustawy, która dozwala na zwłokę w wydaniu orzeczenia, lecz sprowadza niejednokrotnie zagmatwanie sprawy i przysparza wydatków na innych znawców, a na pierwszych rzuca nieraz niezbyt korzystne światło.

W przypadku niniejszym błąd, w który popadli obducenci wynikł nietylko ze zbyt pospiesznego orzekania, lecz był nadto następstwem pominięcia przepisu, który nie dozwala wykonywać sekcyj na zwłokach zmarzniętych. Znając i pod tym względem nasze stosunki, świadomi jesteśmy trudności, jakie powstają, gdy znawcy opierają się dokonaniu sekcyi zwłok zmarzniętych; ze względu jednak na ważność spraw nie należy wzdrygać się przed następstwami, oświadczyć stanowczo, że sekcyi wykonać nie można, i nalegać na zarządzenie odtajania zwłok, chociażby wypadło ponownie w podróż wyruszać.

Wstrząśnienie mózgu, zdaniem naszem najbliższa przyczyna śmierci w przypadku opisanym stanowi jak dotąd, jedną z ciemnych stron naszéj nauki, gdy jednak stwierdzono niewątpliwie silny uraz w głowę, gdy śmierć następuje po nim prawie bezpośrednio, jak to tutaj miało miejsce, gdy wynik sekcyi nie usprawiedliwia dostatecznie śmierci szybkiéj a przebieg zajścia wykazuje, że denat czuł się przed urazem zupełnie zdrowym, trzeba koniecznie uciec się do téj niedostatecznie poznanéj sprawy, pomimo i właśnie z powodu rażącego niestosunku, jaki zachodzi pomiędzy urazem a zmianami anatomicznemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Bardenheuer: „Przewodnik do leczenia złamań i zwichnięć kości odnóg za pomocą ekstenzyi sprężynowéj względnie ciężarowéj“; str. 211, z 109 rycinami w tekscie.

W niespełna dwa lata po ukazaniu się na półkach księgarskich obszernéj pracy tegoż autora p. t.: „Ciągła ekstenzyja i t. d., z której zdaliśmy sprawę w Nr. 19 „Przeglądu Lekarskiego“ z roku 1890, pojawiło się dzieło, będące po części streszczeniem, po części uzupełnieniem dzieła pierwszego. Autor czuł niedostatki swéj metody, w któréj przy wszystskich złamaniach i zwichnięciach odnóg zalecał ekstenzyję i chorych ze złamaniem n. p. obojczyka, kości sprychowéj,

a nawet palca przykuwał do łóżka na kilka tygodni, zastąpił przy odnogach górnych zwyczajną ekstenzyję za pomocą ciężarów ekstenzyją sprężynową. Wymyślił przeto bardzo misterne przyrządy, które się zakłada na odnogę, a liczne sprężyny wyciągają odłamki w kierunkach przez autora zaleconych. Sposób zakładania tych przyrządów nie da się opisać, o to się nawet sam autor nie kusi, lecz ilustruje go licznemi pięknemi rycinami. Z wyników leczenia za pomocą ciągłej ekstenzyji jest zadowolonym. Na 3300 złamań leczonych tym sposobem nie miał ani razu stawu rzekomego, zniekształcenia, skrócenia, zrosty kątowate, obrzmienia zapalne, bolesne kostniny, porażenia, ropienie, zgorzel i t. d. nie pojawiają się. Wynik zaiste świetny. Czy jednak to ogólnikowe zdanie o wynikach odpowiada rzeczywistości? Mimo uznania powagi Bardenheuera nie mogę zataić mego niedowiarstwa. Nie mogę uwierzyć, aby n. p. w przypadkach złamania obojczyka lub kości udowéj nigdy skrócenia lub zniekształcenia nie miał. Niedowiarstwo moje popierają niektóre pomyłki, jakie w dziele znajduję. Oto w przedmowie na str. VII podaje, iż w ubiegłym roku leczył 700 złamań na stronicy 25 zaś pisze, iż ich było 630. Na str. 24 przedstawia rycinę, która ma być wymownym dowodem, iż jego metoda idealne daje wyniki, bo kobieta po resekcyi główki kości ramieniowéj podnosi odnogę wysoko w górę. Kobietę tę oglądaliśmy na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie i pokazało się, że po resekcyi nastąpiła zupełna ankyloza, ramię porusza się tylko razem z łopatką a chora podnosząc ramię przechyla mocno się ku stronie przeciwnéj.

W przedmowie stara się autor o uchylenie zarzutu, że szyny sprężynowe są zbyt kosztowne, bo kosztują po sto kilkadziesiąt marek. — W szpitalu kolońskim urządził B. w ten sposób, iż chory za używanie tych kosztownych szyn dopłaca 3—5—10 marek a za to ma wszystko, iż się prędzéj wyleczy. Przyznam się, iżbym takiéj propozycyi choremu nigdy nie robił: „jeżeli mi więcéj zapłacisz, to cię rychléj i lepiéj wyleczę“. B. podaje, iż szpital przez te dopłaty zadarmo zaopatruje się w szyny. Znowu powątpiewam. Przypuszczając bowiem, iż chorzy po kilka marek dopłacają za użycie szyn wątpię bardzo, aby szynę u tylu chorych zakładać można, ażeby się nakład wrócił, wiadomo bowiem jak łatwo psują się nasze misterne przyrządy.

Z mego własnego doświadczenia nie mogę potwierdzić, jakoby chorzy chętnie znosili ekstenzyję. Owszem bardzo na nią narzekają i rozmaitemi sposobami uwolnić się od niéj starają a ból w stawach unieruchomionych bardzo prędko występuje. Od kilku lat przeto używam w niektórych przypadkach złamań n. p. kości podudzia lub przedramienia ekstenzyi w celu adaptacyi odłamków, a następnie podczas trwania ekstenzyi zakładam przyrząd ustalający (prawie zawsze z organtyny krochmalnéj). Przyrząd ten w ekstenzyi wysycha, a gdy już jest zupełnie suchy odcinam przyrząd ekstenzyjny. Odłamki nie mogą się przeto przesunąć ani podczas zakładania opatrunku ustalającego ani podczas jego wysychania (p. Dziennik VI Zjazdu lekarzy i przyrodników Nr. 5).

Mimo obfitego materyjału, jakim p. B. rozporządza, nie daje nam zestawienia statystycznego i w nowszem swem dziele, tłomacząc się brakiem czasu. Dzieło niniejsze nie jest podzielone na paragrafy tak jak pierwsze, tylko przechodzi kolejno wszystkie złamania i zwichnięcia odnóg, przez co dzieło zyskuje, bo przegląd jest łatwiejszy.

Dr. Bogdanik.

Patologija.

Rosenthal: **O wytwarzaniu ciepła w gorączce.**

Autor stara się doświadczeniami przekonać czy słuszną jest teoryja Traubego — wskazująca, że ciepłota ustroju gorączkującego nie jest wynikiem zwiększonego wytwarzania ciepła, lecz następstwem zatrzymania tegoż w ustroju. Tej teoryi sprzeciwiają się z jednéj strony spostrzeżenia, wykazujące, iż ciepła więcéj się wytwarza w gorączce skutkiem zwiększenia sprawy utlenienia, na co stanowi dowód zwiększenie ilości mocznika i kwasu węglowego — z drugiej strony oznaczenia kalorymetryczne, które bynajmniej nie udawadnia ą twierdzenia Traubego. Rosenthal odnosi te wyniki oznaczeń kalorymetrycznych do wadliwej metody, któréj główny błąd leży w tém, że pewien zasób ciepła w zwierzęciu badanem zmienia się ciągle — zwłaszcza rozłożenie tegoż ciepła ulega pewnym wahaniom — a tylko wtedy kalorymetrycznie oznaczona ilość oddawanego ciepła jest miarą ilości ciepła wytworzonego, gdy ten zasób ciepła podczas doświadczenia się nie zmienia. Autor oznaczał — ciepło zapomocą swego kalorymetru powietrznego tak na zwierzętach jak i ludziach gorączkujących w przebiegu różnych chorób. Zwierzętom wstrzykiwał: plwociny gruźlicze, ciecz ropiastą rakowatą, pyoktaninę itp. celem wywołania u nich gorączki, badając poprzód w jakich granicach waha się wyrób ciepła i oznaczając ciepłotę w odbytnicy. Wyniki licznych jego doświadczeń są następujące: 1. W okresie podnoszenia się gorączki oddawanie ciepła jest zmniejszone. 2. W tymże okresie początkowym nie można wykazać zwiększonego wytwarzania ciepła. 3. Podnoszenie się ciepłoty własnéj zwierzęcia następuje dopiero po upływie kilku godzin. 4. Pierwszym objawem działania czynników gorączkotwórczych jest zmniejszenie współczynnika wydalania ciepła (*Emissions-coëfficient*), który potém powiększa się nieco, a następnie znowu się zmniejsza. Nie wszystkie gorączki jednakowo się zachowują w tym względzie, w każdym jednak razie w okresie podnoszenia się nigdy, a na szczycie gorączki często nie ma zwiększenia wytwarzania ciepła. Przyczyny zmniejszenia oddawania ciepła przez skórę szukać musimy w nerwach naczynio-ruchowych. W okresie opadania gorączki zauważył Rosenthal zawsze znaczne zwiększenie oddawania ciepła. Oznaczeń uskutecznianych u ludzi nie ukończył autor jeszcze zupełnie, a napotykają one na wielorakie przeszkody, jak trudności dłuższego badania chorego w kalorymetrze, niemożność porównywania ekonomii ciepła przed i podczas gorączki itp. Doświadczenia z tuberkuliną Kocha, za pomocą któréj wywoływał gorączkę, i oznaczenia u chorych, doprowadziły autora do następujących wniosków: W okresie podnoszenia się gorączki jest oddawanie mniejsze, aniżeli na szczycie gorączki — a tu większe niż w okresie bezgorączkowym w rekonwalescencyi; największe oddawanie ciepła jest tak, jak u zwierząt, w okresie opadania gorączki. (*Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 32. 1891*). *Dr. Jan Opieński.*

Choroby uszne.

Szenes: **Kilka uwag o cierpieniach ucha podczas ostatniej epidemii influenzy.**

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że cierpienie uszu podczas epidemii było zawsze ostre i to przeważnie nieżytowe lub ropne zapalenie ucha środkowego.

Z 44 przypadków przez S. spostrzeganych był 3 razy nieżyt trąbki Eustachiusza. W jednym z nich istniały nader gwałtowne bóle, które znikły po usunięciu objawów nieżytowych. Ostry nieżyt jamy bębenkowej spostrzegał 8 razy. Zapalenie ucha środk. znachodziło się 28 razy. W 12 z nich istniało rozlane przekrwienie jamy bęb., które w 7 ustąpiło po zastosowaniu pijawek i kropli 15% karbolgliceryny, w 5 przyszło do ropienia mimo takiego leczenia. 16 przypadków przedstawiło się już z ropieniem, które ustąpiło po przestrzykiwaniach ucha wodą kreolinową, już to po przepłukiwaniach jamy bęb, 0. 75% rozczynem soli kuchennéj lub 4% rozczynem kwasu borowego, w innym razie po wdmuchiwaniu sproszkowanego kw. borowego. W 5 przypadkach przyłączył się do przedziurawienia błony bęb. ostry wyprysk ucha i małżowiny, który ustąpił po zastosowaniu 2% maści kreolinowéj. W 4 przypadkach wyrostek sutkowy był także zajęty, wyleczenie jednak nastąpiło po zastosowaniu energicznego leczenia przeciwzapalnego. Z ciekawych przypadków podnosi autor przypadek ropnego zapalenia ucha środk. ostrego, do którego dołączyło się zapalenie surowicze kolana, a późniéj ropień w okolicy kości krzyżowéj.

Chory wyzdrowiał zupełnie. W dwóch przypadkach istniała głuchota zupełna z szumem i zawrotem głowy, które ró-

wnież zakończyły się wyzdrowieniem. U jednego chorego z ostrem zapaleniem ucha środk. istniał równocześnie silny nieżyt jamy noso gardłowéj połączony z przewrotném uczuciem powonienia. W kilku przypadkach uważał autor podczas influenzy epidemiczne występowanie czeraka na małżowinie i w uchu zewnętrznem. (*Intern. Klin. Rundsch. N. 38. 1890*). *Dr. Spira.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

VIII. Posiedzenie z d. 9 maja.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 22. Nowy członek kol. Podlewski.

1) Kol. Wehr przedstawia a) chorego z promienicą na szyi, b) chorą z *polydaktylia*, u któréj na dużym palcu ręki na zewnątrz znajduje się dodatkowy palec. W dyskusyi przemawia kol. Krokiewicz i kol. Wehr

2) Kol. Wiczkowski w zastępstwie prof. Feigla przedstawia preparat rozległego tętniaka części wstępującéj aorty.

3) Kol. Ziembicki przedstawia chorego, u którego z powodu *ilcus* zrobił enterostomiję, a następnie operacyję plastyczną sztucznego odbytu. W dyskusyi mówią koll. Wehr, Rosenbusch i Ziembicki.

4) Kol. Świątkiewicz przedstawia trzy chore z odd. prym. kol. Krówczyńskiego, jedną z *pemphigus* a dwie z późną kiłą. Chore z kiłą przedstawia dlatego, aby z jednéj strony zwrócić uwagę na to, że zmiany te nader często spotyka się w szpitalu, z drugiéj strony dlatego, aby wskazać trudności rozpoznawcze, gdy zmiany chorobowe umiejscowione są tylko w skórze.

U pierwszéj choréj dziewczyny 19-letniéj zmianami kiłowemi zajęta jest skóra nosa, warga górna, podniebienie twarde i migdałki. Oprócz tego znajdują się blizny na tylnéj ścianie połyku, na skórze czoła i na podudziu prawem. Z wywiadów wiadomo tylko, że z 10 rodzeństwa tylko dwoje żyje, inne były albo nieżywo urodzone lub pomarły w pierwszym roku życia.

Druga chora, lat 26, wolna, od czterech lat cierpi na bóle głowy. W grudniu 1890 wystąpił ból gardła, nosa a późniéj wrzód na skórze nosa po stronie lewéj w górze. Owrzodzenie to kształtu nerkowatego, wypukłością zwrócone ku górze, po zdjęciu strupa przedstawia dno wklęsłe obłożone, a otoczone naciekiem brodawkowatym barwy wysycono czerwonej. Wrzód od dołu zabliźnia się. W gardle po stronie prawéj biała blizna, po lewéj naciek owrzodziały. Łuk przedni lewy naciekły i owrzodziały. Na oku lewem blizna rogówki a w obu zrosty tęczówki Innych zmian chora nie przedstawia. Wywiady za dziedzicznością nie przemawiają. — Następnie uzasadnia kol. Świątkiewicz dlaczego w pierwszym przypadku stanowczo rozpoznano kiłę, mimo, iż chora przez lat wiele leczoną była na toczeń, wreszcie zwraca uwagę na brak wszelkiéj obecnie bolesności, nawet w obec istniejących rozległych owrzodzeń w gardle w drugim przypadku przedstawionym.

Kol. Rosenbusch twierdzi, że u pierwszéj przedstawionéj choréj, którą zna ze szpitala, z taką pewnością nie rozpoznawałby kiły, po pierwsze dlatego, że kilkakrotnie po miejscowem tylko leczeniu zmiany się zgoiły, po drugie, gdyby u choréj była kiła, to przy tak długiem trwaniu zmiany musiałyby być głębsze i rozleglejsze. Kol. Podlewski zapytuje, czy w tym przypadku były robione badania mikroskopowe. Kol. Krówczyński twierdzi, że na podstawie jakości zmian przedmiotowych rozpoznanie kiły było możliwem w przypadku, o którym ma wątpliwość kol. Rosenbusch, a wywiady potwierdzały rozpoznanie, wszelkie zaś wątpliwości usuwa wynik leczenia, a jakkolwiek chora dotąd jeszcze nie jest zupełnie wyleczoną, nie należy wątpić po osiągniętem bardzo znacznem polepszeniu przez leczenie przeciwkiłowe, że usunięcie wszystkich objawów z pewnością w niedalekiéj przyszłości nastąpi. Z tego właśnie względu, iż rozpoznanie nie ulegało wątpliwości, badanie mikroskopowe na prątki gruźlicze było zbytecznem. Daléj zwraca kol. Krówczyński uwagę na niemożliwość rozstrzygnięcia, czy kiła jest w tym przypadku wrodzoną, czy też nabytą. Wywiady przemawiają za kiłą wrodzoną. Następnie podnosi mnożenie się przypadków późnéj kiły u zgłaszających się do szpitala kobiet. Za przyczynę uważa nierozpoznawanie wczesnéj kiły i nieleczenie, wreszcie złe warunki higijeniczne warstw najuboższych, wśród których kiła wczesna i późna jest częstszą jak w warstwach zamożniejszych i oświeceńszych, a w części nieusprawiedliwioną obawę przed doszczętnem leczeniem rtęciowem. Mowca nie podziela jednak zdania tych lekarzy, którzy podają rtęć od pierwszéj chwili wystąpienia objawów kiły; zdaniem jego, pomijając już wielkie niekiedy trudności pewnego rozpoznania w okresie pierwotnym, już i z tego względu podawanie rtęci od początku nie wydaje mu się usprawiedliwione, bo jak doświadczenie uczy działa rtęć na objawy kiły i przez usuwanie leczy zakażenie, a jest bez wpływu albo bardzo mały wpływ wywiera na kiłę utajoną. Jak w każdéj chorobie dotykającéj cały ustrój ważnem jest hygijeniczne zachowanie się, tak samo w kile główny nacisk na nie położyć należy, tak w okresie leczenia rtęcią względnie jodem, jakoteż po tym okresie, co nie zawsze się dzieje, z krzywdą tych, którzy najchętniéj poddaliby się najsurowszym przepisom higijenicznym, byle uwolnić się od niektórych uciążliwych, a często życiu zagrażających objawów zakażenia.

W dalszéj dyskusyi przemawiali koll. Ziembicki, Godlewski, Jendl i Krówczyński.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

IX. Posiedzenie z d. 23 maja 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 24.

1) Kol. Wehr przedstawia a) chorą, u któréj wskutek zranienia *nervi radialis* i następowych ztąd zmian troficznych, wytworzył się częściowy zanik i przykurczenie ręki, z powodu czego zrobił osteotomiję z korzystnym wynikiem. W dyskusyi zabierali głos koll. Ziembicki i Smutny;

b) chorą przedstawioną na poprzedniem posiedzeniu z dodatkowym palcem ręki; przy odjęciu tegoż okazało się, że nie za pomocą stawu lecz ściśle z kością *metacarpi pollicis* był złączony.

2) Kol. Świątkiewicz przedstawia trzy przypadki chorobowe a) *Leucoderma syphiliticum*, b) *Lupus verrucosus antibrachii et manus*. c) *Lues tarda hereditaria antibr. et manus*.

3) Kol. Ziembicki przedstawia chorego po herniotomii metodą Bassiniego i podnosi korzystny wynik tego sposobu operowania.

4) Kol. Bylicki mówi a) o wydarzeniu z krążkami Mayera, u dwóch chorych mianowicie wyjęcie założonych krążków stało się niemożliwem z powodu tworzenia się fałdów błony śluzowéj pochwy tak, iż dopiero po zgnieceniu tychże krążków zdołał je wydobyć: — b) o leczeniu *vaginismus*; używa w tym celu „Badespecula“, na które nakłada palce gumowe jeden na drugi, stopniowo postępując i zwiększając w ten sposób grubość *speculum*. Koll. Stroynowski i Czyżewicz mówią o podanych w tym celu przez Schrödera czopkach drewnianych. c) okazuje i poleca wyrabianą przez p. Dobrowolskiego w Krakowie z polecenia jego gazę jogoformową w postaci zwiniętych opasek.

5) Posiedzenie poufne.

Za sekretarza: *Dr. Sobolewski.*

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Wykład p. Zanietowskiego: Porównawcze badania pobudliwości różnych nerwów u ro-

żnych zwierząt. Dzięki metodzie w poprzednim wykładzie opisanéj istnieje możność pomiarów ilościowych pobudliwości nie tylko tego samego nerwu pod wpływem różnych czynników, ale i różnych nerwów tego samego zwierzęcia a nawet i różnych zwierząt. Badania w tym kierunku wykonane doprowadziły prelegenta do następujących wniosków: Pobudliwość u zwierząt zimnokrwistych jest większą przed snem zimowym, niż po nim. Stosunek między energiją podniety a energiją skutku jest podobny u wszystkich gatunków zwierząt. Pobudliwość różnych miejsc nerwu nie zgadza się z teoryją Pflügera, jak to już wykazał Beck.

W końcu zaprosił prelegent członków sekcyi na demonstracyję doświadczenia do sal wystawy.

Wykład dra Sawickiego: O wpływie pary chloroformu, eteru i alkoholu oraz ciepła i światła na prądy elektryczne żywych tkanek.

Pod wpływem par wymienionych prądy elektryczne odprowadzone od żywych tkanek zwierzęcych zmniejszają się; pod wpływem zaś promieni słonecznych stają się silniejszemi. Światło po wyeliminowaniu promieni cieplnych również wzmaga prądy nerwów i skóry. Badania te są z tego względu ważne, że wskazują na ogólne znaczenie bijologiczne prądów w tkankach zwierzęcych.

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Posiedzenie III. dnia 18 lipca po południu.

Przewodniczący dr. Sokołowski.

I. wykład dra Karlińskiego: „O pewnych postaciach żółtaczki gorączkowéj".

W ciągu dwóch lat podczas epidemii duru powrotnego w Hercogowinie, spostrzegał prelegent w 20 przypadkach pewną postać chorobową do duru powrotnego podobną, jednak pewne dość znaczne różnice od tegoż przedstawiającą. Choroba ta łączy się z gorączką o torze powrotnym, żółtaczką, białkomoczem, a cechuje ją obecność we krwi tworów należących do witryjonów lub spiryllów. Pasorzytów tych nie można na zwykłych pożywkach hodować, przeszczepianie ich na zwierzęta było bez skutku. Tracą one żywotność bardzo prędko; jedynie w ciele pijawek pozostają przy życiu przeszło 3 miesiące. Pomimo cech zbliżających tę chorobę do duru powrotnego, roztrzygać dr. K. nie może czy nie jestto choroba odrębna, a nie postać odmienna duru. Następuje demonstracyja odpowiednich preparatów.

Dyskusyi nad odczytem dra Karlińskiego nie było.

II. wykład dra Bujwida: „Doświadczenia z tuberkuliną na zwierzętach".

Podawszy sposób otrzymania i własności tuberkuliny własnéj, nie różniącéj się od kochiny, przechodzi prelegent do doświadczeń wykonanych z tuberkuliną na zwierzętach. Wyniki z tych doświadczeń są następujące: Żadne zwierzę, nie wyjmując małpy, nie przedstawia takiéj wrażliwości na tuberkulinę, jak człowiek. Podczas gdy u człowieka zdrowego 0·1 wywołuje silne objawy, to w dwóch doświadczeniach królik i pies po wstrzyknięciu 10 gr. tuberkuliny prócz podwyższenia ciepłoty żadnych zaburzeń nie okazywały. — U zwierząt gruźliczych po zastrzyknięciu 0·5—1·0 tuberkuliny występuje podwyższenie ciepłoty i występują zmiany miejscowe ropnia gruźliczego, który u świnek morskich znika, u psów i małp zmniejsza się, lecz późniéj wraca do pierwotnéj wielkości.

Świnki morskie leczone wstrzykiwaniami tuberkuliny znacznie dłużéj żyją od nieleczonych, a przy sekcyi ich prócz zniknienia ropnia w miejscu szczepienia, znajdujemy zmiany gruźlicze więcéj ograniczone, a w gruzełkach małą tylko ilość prątków. Gruźlica płuc przedstawia się zwykle w postaci włóknistéj tak, iż nasuwa się myśl o przemianie sprawy ostréj w przewlekłą.

III. wykład dra Sokołowskiego p. t.: „Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałków" był umieszczony w Nrze 31 „Przeglądu Lekarskiego".

W dyskusyi nad tym wykładem zapytuje Dr. Arnstein prelegenta, czy nie zauważył częstego występowania téj choroby u osób młodszych i to u zołzowatych.

Dr. Domaniewski zaś zapytuje w jaki sposób tłomaczy prelegent, że sprawa chorobowa przy *angina follicul.*, którą prelegent uważa za identyczną z błonicą, nie szerzy się na krtań i nos.

W odpowiedzi dr. Sokołowski podaje, że spotykał *angina follicul.* tak u osób dorosłych jak i u dzieci z cechami sprawy infekcyjnéj. Anginę uważa prelegent za pseudobłonicę, kończącą się zazwyczaj pomyślnie, mogącą jednak późniéj przybrać postać prawdziwéj błonicy. Dlaczego sprawa nie szerzy się na krtań i nos, możnaby chyba tłomaczyć większą odpornością danego ustroju. Zresztą z powodu małéj dotąd liczby spostrzeżeń, zastrzega sobie mowca rozstrzyganie téj kwestyi na późniéj.

IV. wykład dra Bujwida: „Wyniki stosowania metody Pasteura w Warszawie".

Prelegent odwołuje się do wyników przedstawionych na przedostatnim Zjeździe i wskazuje, że rezultaty teraz osiągane są jeszcze lepsze. Ogólna śmiertelność bowiem osób pokąsanych a leczonych metodą Pasteura, wynosi obecnie u dra Bujwida $^1/_4$%, podczas gdy śmiertelność u nie leczonych przyjmuje się 5—20%. Jeszcze korzystniéj przedstawiają się wyniki, jeżeli się weźmie pod rozwagę śmiertelność u pokąsanych w twarz: podczas gdy bez leczenia śmiertelność w tych razach wynosi 60—80%, to u leczonych zaledwie wynosi 2%! Podobnie sprawa się przedstawia u pokąsanych w ręce, gdzie śmiertelność z 20% zredukowano do mniéj niż $^1/_2$%, i u pokąsanych w nogi, gdzie na 800 przypadków żaden nie zakończył się śmiercią (śmiertelność u nieleczonych 2%). Świetne te wyniki, oraz wyniki z doświadczeń na zwierzętach muszą każdego sceptyka przekonać o skuteczności metody.

Na wniosek uczyniony przez prelegenta na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Berlinie uchwalono zakładać stacyje szczepienia metodą Pasteura w większych miastach. Dr. B. wnosi, aby i w Krakowie i we Lwowie podobne stacyje dla dobra ludzkości utworzono, co według doświadczenia prelegenta, nie wielkich wymaga kosztów i nakładu.

V. wykład prof. Gluzińskiego: „Dalsze spostrzeżenia nad powikłaniami ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj".

Spostrzeżenia oparte na kilkunastu dalszych przypadkach uprawniają prelegenta do wniosku, że w przebiegu rzeżączki przewlekłéj podobnie jak w ostréj zjawiają się komplikacyje ze strony narządu krążenia w postaci spraw zapalnych, jak *endocarditis* lub i *pericarditis*, które to zapalenia mają nasilenie nieznaczne i dlatego nierzadko uchodzą uwagi badającego.

VI. wykład dra Puławskiego z Warszawy: „Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniami płynu jądrowego (metoda Brown-Sequarda)".

Prelegent poddaje pod krytyczny rozbiór doświadczenia ogłaszane przez innych autorów i przytacza wyniki z swoich spostrzeżeń na 12 chorych, którym wstrzykiwał emulzyję z roztartych jąder, przygotowaną w pracowni dra Bujwida. Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi dr. P. do wniosku, że działanie soku jądrowego opiera się jedynie na sugestyi, czego najlepszym dowodem jest fakt, że w jednym przypadku otrzymał typowe objawy opisywane przez Brown-Séquarda u chorego, któremu zamiast płynu jądrowego wstrzykiwał mleko.

W końcu posiedzenia prof. Korczyński uczynił wniosek urządzania corocznych zjazdów internistów polskich, uzasadniając potrzebę takich zjazdów szybkim rozwojem nauki lekarskiéj i wskazując na rozwój i powodzenie takich Zjazdów za granicą i zjazdu chirurgów u nas. Że zjazdy ogólne, odbywające się co 3 lata nie wystarczają, najlepszym dowodem okoliczność, iż dla braku czasu wiele prac z porządku

dziennego musiało odpaść. Nie ulega wątpliwości, że, gdy zjazdy odbywać się będą corocznie, zgłoszonych prac będzie jeszcze więcéj.

Po krótszéj dyskusyi, wniosek powyższy przez aklamacyję przyjęto i przekazano inicyjatorowi zwołanie I Zjazdu internistów.

Na wniosek prof. Korczyńskiego wybrano następnie na ten cel komisyję, w skład któréj weszli z Krakowa: proff. Korczyński i Gluziński, ze Lwowa dr. Widman, z Poznania Drowie Bętkowski i Chłapowski, z Warszawy Drowie Dunin i Sokołowski.

Na tem posiedzenie zakończono. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 2-go września 1891. Otrzymujemy następujące pismo: Na zgromadzeniu lekarzy powiatowych odbytem w dniu 18 lipca 1891, zapadły i uchwalone zostały jednogłośnie następujące rezolucyje:

1) Lekarze powiatowi mają odbywać corocznie zgromadzenia, celem omówienia ważnych spraw, dotyczących ich zawodu i spraw wchodzących w zakres medycyny publicznéj.

2) Celem przeprowadzenia należytéj kontroli nad zakładami krowiankowemi i dostarczania krowianki jak najlepszéj, powinien rząd urządzić zakłady krowiankowe państwowe, a dopóki takie zakłady w życie nie wejdą, lekarze powiatowi (mieszkający w siedzibie zakładów krowiankowych) powinni badać wynik szczepienia u dzieci zaszczepionych, celem wypróbowania krowianki w zakładzie krowiankowym, tudzież powinni właściciele zakładów krowiankowych na kartkach dołączanych do wysyłanéj krowianki, obok nru cielęcia i dnia zebrania krowianki, zamieszczać również imię i nazwisko dziecka zaszczepionego tą krowianką, jakoteż poświadczenie lekarza powiatowego, że wynik szczepienia był dobry.

3) Rząd powinien urządzić kursa naukowe dla lekarzy powiatowych, celem obznajamiania ich z najnowszymi postępami medycyny publicznéj za pomocą udzielenia odpowiednich subwencyj; postarać się o to, aby wszyscy lekarze powiatowi kolejno z krótkich takich kursów, urządzanych w większych odstępach czasu, skorzystać mogli. Sekretarz: *Dr. F. Obtułowicz.*

* Otrzymaliśmy właśnie zeszyt 6 i 7, III-ciéj seryi Odczytów Klinicznych, wydawanych przez Redakcyję „Gazety Lek.“ Zeszyty te obejmują rozprawę dra F. Kijewskiego: „o promienicy u człowieka“. Praktyczna nowość ogłaszania krótkich monografij zamiast wydawania dzieł tomowych, pozyskuje coraz to większe uznanie pośród lekarzy. Zamiast mozolnego ślęczenia nad dziełami obszernemi, można się w krótkim czasie rozglądnąć w kwestyjach naukowo lekarskich i poznać współczesne zapatrywania, zestawione zwięźle przez specyjalistów. To też nie dziw, że tego rodzaju wydawnictwa niemieckie cieszą się taką popularnością pośród lekarzy, że wspomnimy tylko o zbiorze Volkmanna. Tak samo popularnemi staną się niewątpliwie u nas Odczyty Kliniczne warszawskie, jakoteż rozprawy wydawane przez krakowskie Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich. Jakkolwiek odczyty warszawskie założyły sobie szerszy zakres działania, ogłaszając nawet tłomaczenia celnych prac autorów obcych, to i tutejsze wydawnictwo, o ile sądzić można z prac, które ogłoszono w roku bieżącym, okazuje się ruchliwem na tem polu i czyni rzeczywiście zadość potrzebie lekarzy praktyków. Oprócz 3 rozpraw dotąd wydanych, a mianowicie: dra Lachowicza „o gruźlicy stawów“, doc. Żuławskiego „o urojeniach“ i w liczne ilustracyje zaopatrzonéj rozprawy dra Szymkiewicza „o wyjmowaniu zębów“, znajdują się obecnie w druku: dra Biegańskiego „o stwardnieniu tętnic“ i prymaryjusza Widmanna „o zapaleniu płuc“. Gdy się uwzględni, że rozprawki te otrzymują członkowie i prenumeratorzy stowarzyszenia bezpłatnie jako premija, i że cena ich księgarska jest nader niską, przyznać trzeba, że myśl wydawania takich rozpraw była szczęśliwą, a wydawnictwu życzyć należy tylko powodzenia w tak skutecznem i praktycznem rozbudzaniu działalności literackiéj lekarzy praktyków.

* Przy zawaleniu się wieży kościelnéj w Pörtschach wydobyto z gruzów po 72 godzinach pomocnika stolarskiego żywego. Zasypany rumowiskiem przez tak długi przeciąg czasu okazywał znaczną sinicę, tętno i oddechanie zrazu znacznie upośledzone powróciło niebawem do stanu prawidłowego, tak samo jak ciepłota, która okazała się bezpośrednio po wydobyciu niższą od prawidłowéj. Zdarzenie powyższe poucza, że nawet przy takich strasznych katastrofach dokonane na czasie odgrzebanie może uwieńczyć wynik pomyślny.

* Do dnia 21-go sierpnia było w Szczawnicy 2877 osób; w Krynicy do d. 23 sierpnia 4067 osób; w Truskawcu do d. 21 sierpnia 1142 osób; w Cieplicach czeskich do d. 29 sierpnia 5985 osób.

* W tygodniu 34-ym (od 16—22 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 6, urodzin 45, skonów 36; z tych z błonicy 3, z krztuśca 1, z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 3, z nieżytu żołądka i jelit 8.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Czesław Podgórski i dr. Maryjan Udziela, sekundaryjusze szpitala św. Łazarza w Krakowie, zostali zamianowani pierwszy prymaryjuszem szpitala, drugi lekarzem miejskim w Żywcu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 34: J. Dogiela: I. Następstwa upustu krwi, na podstawie doświadczeń Piotra Kazem-Beka. (Z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu); Z. Dmochowskiego: Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquista. (Z pracowni chemiczno-lek. szpitali warszawskich); L. Przedborskiego: Wyniki stosowania płynu Kocha w szpitalu starozakonnych w Łodzi: L. Leszczyńskiego: Kilka spostrzeżeń nad plantacyją zębów (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 34: A. Stockmanna: Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zołzowéj; I. Sznabla: Zależność działania leków od ich budowy chemicznéj (dok.). — W *Kronice Lek.* Nr. 8: E. Biernackiego: O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtaczce, razem z uwagami o normalnem gniciu kiszkowem.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 12 Września 1891. Nr. 37.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O wpływie cukrzycy (*diab. mellitus*) na części płciowe kobiety. [1])

Podał
Dr. Stroynowski ze Lwowa.

Wyjaśnienie wpływu i związku różnych chorób ze zmianami w częściach płciowych kobiet i ich czynnościami nasuwa potrójne korzyści dla nauki lekarskiej: wyjaśnia przeróżne zagadnienia fizyjologiczne i patologiczne, — powtóre ułatwia rozpoznanie chorób, a po trzecie wskazuje drogę możliwych środków bądź to zaradczych, bądź to leczniczych.

Od lat 12 czynię spostrzeżenia nad związkiem zachodzącym między cukrzycą (*diabetes mellitus*) a częściami płciowemi kobiet. Pozwólcie szan. Panowie, ażebym w krótkości przedstawił swoje spostrzeżenia oraz spostrzeżenia z dostępnéj mi literatury.

Pierwszym bodźcem do badania związku pomiędzy cukrzycą a częściami płciowemi kobiety był dla mnie przypadek następujący: W roku 1879 zgłosiła się do mnie chora wieśniaczka, licząca lat 30, od 12 lat zamężna, przebyła 4 porody prawidłowe, a w chwili badania już od lat 4 nie przebywała ani porodu ani też poronienia; mniéj lub więcéj od roku, dokładnie powiedzieć nie mogła, nie ma czyszczeń miesięcznych. Chora bardzo wychudła, skóra jéj sucha, łuszcząca się. Najdokładniejsze badanie nie wykazało wcale zmian w sercu, płucach i trzewach, li tylko zanik macicy. Macica mała i zupełnie wiotka.

Podczas badania bardzo dokładnego i dłuższy czas trwającego, odezwała się chora do towarzyszącego jéj męża, ażeby jéj podał szklankę wody; zwróciło to moją uwagę, zadałem pytanie, czyli miewa wielkie pragnienie i z odpowiedzi pokazało się, że dokucza jéj od $1\frac{1}{2}$ roku bardzo znaczne pragnienie, i że bardzo wiele oddaje moczu. Mocz zbadany wykazał obecność bardzo znacznéj ilości cukru. Ponieważ nieznanem mi było takie powikłanie, więc natychmiast poszukiwałem w podręcznikach, lecz nie odszukałem żadnéj wzmianki.

W kilka miesięcy późniéj w roku 1880 miałem sposobność badać drugą chorą, która li tylko z powodu braku czyszczeń miesięcznych zgłosiła się do mnie, wybadałem znów zanik macicy i cukier w moczu. Chora ta liczyła lat 34.

Przypadków tych nie ogłaszałem, czego dziś bardzo żałuję. Wyprzedził mię Hofmeier, który w *Berliner klinische Wochenschrift* z roku 1883 Nr. 32 ogłosił rozprawę p. t.: „*Ueber den Einfluss des Diabetes mellitus auf die Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane*“. Jest to pierwszy przypadek w literaturze, chora licząca lat 20, niezamężna, w 14 roku życia miała pierwszy raz peryjod bezbolesny, potem zupełnie prawidłowo się powtarzający, od roku utraciła czyszczenia miesięczne, uskarża się na świąd nieznośny części płciowych zewnętrznych (*pruritus vulvae*). Badanie wykonane przez Schroedera w znieczuleniu chloroformowem wykazuje zanik macicy i jajników (macica 5 ctm. długa). Mocz zbadany wykazał obecność znacznej ilości cukru.

Ponieważ wiadomą jest rzeczą, że cukrzyca u mężczyzn wywołuje zanik jąder i niedowład, przeto Hofmeier *per analogiam* przypuszcza wpływ cukrzycy na części płciowe kobiet i tem wywołany zanik macicy i jajników. Mając dokładne protokoły polikliniki berlińskiej do dyspozycyi, wyszukał Hofmeier wszystkie przypadki świądu (*pruritus vul.*), których było pomiędzy 14,000 chorymi 31. Zestawienie statystyczne co do wieku tych chorych wykazało jednakże, że zaliczają się do tej kategoryi kobiet, u których utratę czyszczeń miesięcznych usprawiedliwia wiek, gdyż przeciętnie liczyły lat 47. W téj liczbie 31 było kobiet z cukrzycą 7, zatem ponad 22%. Jedna chora licząca lat 26 cierpi również na cukrzycę, lecz u téj nie ma wzmianki co do zachowania się macicy i jajników, protokół wspomina tylko o świądzie.

[1]) Odczyt wygłoszony w sekcyi ginekologicznéj VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Postępując chronologicznie, wymienić muszę drugą pracę w tym przedmiocie, jestto nadzwyczajnie piękna i mozolna praca, z pewnością o najszerszym poglądzie, autora francuskiego p. Lecorché z roku 1886: *„Du diabète sucré chez la femme“*. Autor zestawił 114 spostrzeżeń kobiet cierpiących na cukrzycę i przyszedł do następujących wyników: Dzieląc całe fizyjologiczne życie kobiety na 3 okresy, przedmiesiączkowy, miesiączkowy i pomiesiączkowy, twierdzi, że cukrzyca najczęściéj występuje w 1 i 3 okresie, ale sam przyznaje, że czyszczenia miesięczne u kobiet, które obserwował z powodu cukrzycy, znacznie szybcéj ustają, a biorąc wiek od lat 40—45 jako zwykły w którym ustają peryjody, obniżył takowy niewłaściwie, gdyż zwykle uważamy lata od 47—50 za czas przejściowy. Zgodzić się jednak muszę, że cukrzyca występuje często u kobiet w latach pomiesiączkowych. Autor twierdzi daléj, że cukrzyca występująca u kobiet młodszych wśród rozkwitu przebiega zwykle znacznie ostrzéj aniżeli u kobiet starszych. Cukrzyca wywiera bezwątpienia wpływ na ustrój kobiety, a niektóre zmiany chorobowe pozostają w ścisłym związku z tą chorobą. Cukrzyca staje się częstokroć powodem do wystąpienia świądu *(pruritus vulvae)* u kobiet. Świąd powstaje u kobiet w każdym wieku, powodem może być prócz wpływów nerwowych także wpływ mechaniczny t. j. wydzielanie wielkiéj ilości moczu cukrzystego, wskutek czego części płciowe zewnętrzne pokrywają się kryształkami i sporami (*saccharomyces cerevisiae*).

Twierdzi daléj Lecorché, że długotrwałe zapalenie macicy brodawkowe (*metritis chron. granulosa c. erosione granulosa*) również nawiedza kobiety chore na cukrzycę. Zdaje mi się, że trudno roztrzygnąć, ażali tu dwie choroby obok siebie występują — czyli w pewnéj łączności ze sobą. Zapalenie długotrwałe macicy jest chorobą tak częstą i nawiedza osoby nie cierpiące na cukrzycę tak często, że o dowody bardzo trudno. Pomiędzy 114 obserwacyjami autora były takie kobiety z włókniakami macicy i jajników, mimo to nie widzi w tem łączności, a jednę uwagę czyni, że w tych przypadkach częstokroć występowały krwotoki.

Zapatrywanie p. Lecorché co do zachowania się czyszczeń miesięcznych u jego chorych, przytaczam dosłownie:

„Brak czyszczeń miesięcznych i bolesny przebieg tychże *(amenorrhoea et dysmenorhoea)* nawiedzają często kobiety chore na cukrzycę, czasami peryjody są tylko nieregularne, czasami bolesne, czasami ustają od chwili, kiedy cukrzyca bądź to się polepszy, bądź to się uleczy. Zupełne ustanie peryjodów wydarza się również, mianowicie w przypadkach, w których zaniedbano leczenia cukrzycy“.

Daléj zastanawia się autor na tle swoich doświadczeń nad możnością zastąpienia kobiety choréj na cukrzycę i jaki wpływ wywiera ta choroba na ciążę, poród i połóg.

Spostrzeżenia pouczają, że kobieta chora na cukrzycę może zastąpić, że osoby te mogą donosić płód aż do prawidłowego końca ciąży, a czasami tylko występują poronienia. Porody prawidłowe postępują zwykle bardzo leniwo, a co do przebiegu połogów zdanie autora stoi w rażącéj sprzeczności z datami statystycznemi Duncana (*On puerperal diabetes in obstetrical trunat.*). Lecorché twierdzi, że przebieg połogów był dość zadowalający, natomiast przedstawia Duncan wykaz statystyczny z 15 przypadków, z których 11 zmarło w krótkim czasie po porodzie, mianowicie 4 w 3-cim lub 4-tym dniu, 5 kobiet do $^1/_2$ roku, 1 w 15 miesięcy, 1 w 2 lata po porodzie.

Co do śmiertelności dzieci urodzonych z matek chorujących na cukrzycę, to już nie ma różnicy zdań, są to prawie zawsze dzieci wątłe, które giną z braku sił żywotnych w pierwszych dniach życia; dość często zdarzają się przypadki wodogłowia.

Wiadomą rzeczą jest, że małą ilość cukru w moczu znajdujemy u kobiet karmiących, jestto cukier jako prawidłowy składnik moczu. Zachodzi pytanie, ażali z tej małéj ilości cukru w moczu powstaje w następstwie cukrzyca — a wydałoby się przypuszczenie to właściwem, jednakże spostrzeżenia p. Lecorché wręcz przeciwny dają wynik. Cukrzyca nie jest następstwem zawartości małéj ilości cukru w moczu u kobiet karmiących, powstaje zupełnie niezawiśle jako samoistna choroba.

W *Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie* z r. 1887 T. XIV, znajduję pracę Ernesta Kohna: *„Zur Kasuistik der Amenorrhoea bei diabetes mellitus et insipidus“*. W pracy téj powołuje się autor na rzadkość tych przypadków i cytuje 3 spostrzeżenia cukrzycy i 1 spostrzeżenie *diabetes insipidus*.

I. przypadek: Chora 20-letnia niezamężna; cukrzyca stwierdzona przez Frerichsa od dwu lat; od 11 miesięcy nie ma czyszczeń miesięcznych. Zanik macicy (5 ctm.) i jajników; chora prawdopodobnie rychło zmarła.

II. przypadek: Chora 34-letnia zamężna, 5 dzieci, od prawie 2 lat choruje; czyszczenia miesięczne nieregularne, w coraz to dłuższych odstępach czasu, krew odpływająca bardzo blado wodnisto-różowa, nadto świąd *(pruritus)*. Brak wzmianki o wielkości macicy. Cukrzyca.

III. przypadek: Chora lat 42, 5 porodów, ostatni przed 9 laty. Ostatni peryjod przed 4 miesiącami. Macica w tyłozgięciu zanikła również z jajnikami. Cukrzyca.

IV. przypadek: Chora lat 36, od 13-go roku życia peryjody, następnie przebyła 2 porody; od lipca roku 1884 choruje na zwężenie odbytnicy na tle luetycznem, operacyja i polepszenie. W roku 1886 brak czyszczeń miesięcznych od 3 miesięcy, spodziewa się ciąży; badanie wykazuje macicę w zupełnym zaniku, jajniki niewybadalne; świąd. Mocz nie zawiera ani białka ani też cukru. Dziennie około 10—11 litrów moczu.

W przypadkach przez Cohna zacytowanych ważną jest ta okoliczność, że zawsze wybadano najprzód cukrzycę — a potem dopiero wystąpiły objawy zaniku macicy i jajników i brak czyszczeń miesięcznych.

Z przypadków przez Frerichsa w jego monografii cytowanych, należą do téj kategoryi 3. 1 przyp. Chora 22 letnia, cukrzyca, wychudnienie, poczem utrata czyszczeń miesięcznych. 2) Chora 21-letnia, od roku cukrzyca, czyszczenia miesięczne ustały. 3) Chora lat 17, bardzo silnie rozwinięta, zachorowała wskutek nagłego przestrachu i utraciła czyszczenia miesięczne, równocześnie chorowała na cukrzycę.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Pierwotny rak kości goleniowéj, wytworzony w jamie kostnéj po zapaleniu szpiku (*osteomyelitis*)

opisał
Prof. Dr. Longin Feigel
prosektor szpitala powszech. lwowskiego.

(Z 2 rycinami).

(Dok. Patrz Nr. 36.)

Przypadek ten z bardzo wielu względów niezwykły, przedstawia też bardzo wiele bardzo ciekawych stosunków:

Przedewszystkiem zasługuje on na uwagę z powodu swéj rzadkości. Pierwsze trzy przypadki tego rodzaju opisał dr. Dittrich w r. 1846 i 47 (*Prager Vierteljahrschrift* XIV, XV, 1847). Esmarch (*VI. Congress d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin 1877) zaś pierwszy w ostatnich czasach zwrócił uwagę na te postacie raków, podając przypadki ze swéj obserwacyi. W r. 1881 dr. C. Nicoladoni opisał dalsze 3 przypadki tego rodzaju (*Langenbecks Archiv. f. Chirurgie* Bd 26, str. 12). — Dr. Rudolf Volkmann w pracy swéj „*Ueber den primären Krebs der Extremitäten*“ (*Sammlung klin. Vorträge v. Richard Volkmann*, Nr. 334/5, Febr. 1889) zebrał w całem piśmiennictwie jakoteż z opisów udzielonych mu prywatnie przez wielu znakomitych chirurgów, w ogóle 228 przypadków raków pierwotnych odnóg, z tych zaś tylko 32 przypadków jest pod pewnym względem podobnych naszemu przypadkowi o tyle, że rak rozwinął się w nich w następstwie rozmaitych spraw chorobowych w kościach, n. p. po zapaleniach, złamaniach i t. p. kości. Wyłączywszy dokładnie z owych przypadków takie, które powstały z rozmaitych tych powodów, okazuje się, iż przypadków, w których rak rozwinął się tak jak w naszym przypadku, w trumnie kostnéj, po poprzedniem zapaleniu szpiku kostnego lub istoty kostnéj, pozostaje zaledwie kilka tak, iż nasz przypadek zaliczyć musimy do nader rzadkich i niezwykłych.

Dla porównania naszego przypadku z innemi, dotychczas znanemi przypadkami, jakoteż z powodu wielu bardzo różnych i bystrych uwag Rud. Volkmanna, dotyczących przypadków podobnych, pozwolimy sobie takowe pokrótce przedstawić.

Dzieli on na podstawie zebranego materyjału raki odnóg na 3 wielkie grupy, różniące się od siebie wybitnie tak anatomicznemi jak i klinicznemi stosunkami.

Pierwsza, największa grupa obejmuje przypadki, w których raki powstały wskutek długotrwałego drażnienia, zapalenia, ropienia, na tle starych, częstokroć wielokrotnie odnawiających się lub też na tarcie i t. p. wystawionych blizn i stwardniałości, wrzodów i przetok.

Raki te mają wedle Volkmanna, podobnie jak niektóre raki twarzy i prącia, przebieg łagodny, gruczoły zaś nie bywają często wcale zajęte, lub też następuje to bardzo późno tak, iż amputacyja, niekiedy zaś tylko ekstyrpacyja sprowadza zazwyczaj trwałe wygojenie i usunięcie cierpienia. Do téj tedy ogólnéj grupy, mieszczącéj w sobie raki powstałe z rozmaitych przyczyn wyż wymienionych, zaliczyć należy i nasz przypadek.

2) Druga grupa obejmuje raki powstałe z wrodzonych brodawek, znamion i t. p. Raki te, w przeciwieństwie do pierwszych, okazują zazwyczaj najzłośliwszy przebieg. Naciek gruczołów następuje zazwyczaj bardzo rychło, przebieg zaś ich jest zwykle krótkotrwałym, krótszym niż bywa zwykły, przeciętny czas trwania raków.

3) Trzecia grupa wreszcie obejmuje raki odnóg, których powstanie i przebieg podobne są do raków innych części ciała, n. p. raków wargi, lub też raków twarzy i nosa, które okazują bardziéj dobrotliwy przebieg i o wiele rzadziéj prowadzą do nacieku gruczołów, aniżeli raki wargi. W tych przypadkach nie można udowodnić miejscowéj przyczyny powstania nowotworu, lecz rak rozwija się pozornie samoistnie, na skórze pozornie zdrowéj.

Według spostrzeżeń Volkmanna wszystkie dotychczas opisane pierwotne raki odnóg, do któréjkolwiek z 3 grup jego należące, okazywały zawsze wybitne cechy raka przybłonkowego, t. zw. przybłoniaków, rakowców (*Epithelialcarcinom, Cancroid*). Są to zazwyczaj zbitsze, grudkowate narośla, które często mają brodawkowe wejrzenie, brzegi nowotworu często okazują wielką skłonność zawijania się ku wewnątrz i fałdowania się muszkatowego. W przypadkach jak w naszym, skóra rozciągnięta w postaci języczka w jamę klatki kostnéj, która do téj pory wypełnioną była masą granulacyjną, stanowi pierwszy zawiązek nowotworu rakowego; zdarzyć się może nawet, iż taki języczek skórny mógł być nawet podczas jakiego zabiegu operacyjnego od brzegu oderwanym i w ten sposób łączność jego ze skórą została przerwaną, a wtedy rak rośnie z głębi jamy i czyni wrażenie jakoby wyrastał z głębi kości. Dlatego też Esmarch w r. 1877, zwrócił na to uwagę, iż podczas gdy przy rakach powstałych na tle wilkowatych owrzodzeń lub blizn, z brodawek i innych widocznych zgrubień przybłonka, podstawa, z któréj rak się wytwarza, jest widoczną i jasną, to w przypadkach raków powstałych w trumnie kostnéj, odgraniczonéj od wszelkiéj powłoki pokrytéj przybłonkiem, początek powstania nowotworu przybłonkowego nie zawsze można dopatrzeć.

W przypadkach, w których stara przetoka kostna, lub jak w naszym przypadku, jama kostna stała się siedzibą bujania przybłonka w powyż opisany sposób, częstokroć zwrot ten ważny dla chorego, t. j. początek powstania złośliwego nowotworu w głębi kości, daje się tem do poznania, że otaczający otwór przetokowy wał brodawkowy zaczyna się mocniéj podnosić i okazuje brodawkowe wejrzenie, podczas gdy równocześnie kość w postaci periostozy (*spina ventosa carcinomatosa*), staje się coraz to grubszą.

Pomimo jednakże żywego bujania nowotworu w kości i na brzegach otworu skórnego, przybłoniak nigdy nie przekracza pewnéj granicy na powierzchni skóry, staje on w swym wzroście na brzegu otworu skórnego i ogranicza się wnet przechodząc w zdrową skórę i nie przechodząc na takową. Na okoliczność tę wybitnie i w naszym przypadku widoczną, zwraca uwagę Klebs w swéj *Allgem. Pathologie* T. I. 1889.

Zresztą najczęściéj napotykamy największe i najobfitsze wybujałości około otworu kloaki kostnéj, krótsze zaś i skąpsze brodawki na dnie jamy, co też i w naszym przypadku ma miejsce.

Co się zaś tyczy utkania granulacyjnego, opisanego w podścielisku w głębi nowotworu, to wiadomo, że jeżeli rak przekracza fizyjologiczną granicę przybłonka i wrasta w tkankę łączną, to wywołuje on bez wyjątku proces reakcyjny w tkance łącznéj, rozmaitego rodzaju i stopnia. Najczęstszym jest naciek drobnokomórkowy, który otacza kolby i wypustki przybłonkowe cienkim brzegiem limfoidowych elementów, które Virchow dawniéj uważał za wytwarzające się ciałka łączne i powstające z nich młode komórki rakowe. Czasem naciek ten jest tak obfity, iż tworzy podobnie jak w naszym przypadku jakby granulacyjne utkanie; często zaś z tym procesem widzimy w parze idące silne unaczynienie (waskularyzacyję) podścieliska. Proces ten połączony z rozpulchnieniem i soczystością tkanek, ułatwia bardzo szerzenie się raka w głąb, gdyż miękka tkanka łączna nie stawia komórkom przybłonkowym żadnego oporu,

równocześnie zaś wiele materyjału odżywczego bywa do nowotworu doprowadzonem.

Druga forma reakcyi tkanki łącznéj na podrażnienie ze strony rakowych komórek polega przeciwnie na stwardnieniu i zbliznowaceniu tkanki łącznéj, która tworzy wtedy granicę raka i utrudnia wzrost jego.

Wedle klasycznego opisu Volkmanna chorzy tacy jak w naszym przypadku, najczęściéj w młodości cierpieli na gruźlicze zapalenie kości z obumarciem kawałków kostnych (*sequester*) lub też na ostre zakaźne zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*) długich kości, w przebiegu którego rozwinęły się przetoki, które się nie zamknęły, lecz przez całe lata i dziesiątki lat wydzielały ropę; kiedy niekiedy wygoiły się też pozornie, lecz od czasu do czasu zawsze się otwierały i wydzielały z ropą sekwestry. Że zaś dawniéj rzadziéj operowano takie przypadki, przetoki takie trwały często 20, 30 i 50 lat. Często jedne przetoki się zagoiły i pokryły się bliznami pozaciąganemi, podczas gdy inne nowe się wytworzyły. Świeże przetoki takie otoczone są zwykle brzegiem skóry brodawkującym; w starych zaś często skóra jest do pewnéj głębokości w kanał przetoki wciągniętą, a ściany takowéj skutkiem tego skórą wyścielone. Początek raka zaś bywa rozmaitym: raz rozwija on się w bliznach części miękkich, lub też rak powstaje w głębi przetoki krętéj, z jéj przybłonkowego pokrycia tak, iż przez pewien czas nie spostrzega się na powierzchni skóry nic uderzającego. Powoli jednak widzimy wtedy z jednéj lub więcéj przetok wystające, zrazu guzkowate wybujałości, które bardzo rychło przechodzą na otoczenie, wreszcie zaś tworzą guz, który przedstawia wszelkie cechy raka rogowatego (*Hornkrebs*). W innych przypadkach zwłaszcza po poprzedniem zapaleniu szpiku, jak to miało miejsce w naszym przypadku, spostrzega się zewnątrz tylko nieznaczne zmiany i tak n. p. otoczenie jednéj z przetok możliwie lekko obrzmieje, przy brzegu jéj widać maleńki guzek brodawkowy, który wkrótce rozpada się i nie rozwija się daléj; chory dostaje jednakże mocnych, rwących bólów w kości, używanie odnogi jest coraz bardziéj upośledzone, wreszcie zaś zupełnie zniesione; wreszcie kość grubieje coraz to bardziéj pod postacią periostozy, jak gdyby wytwarzał się ropień kostny lub rozchodziło się o kiłę, równocześnie zaś zgrubiała część kości staje się na ucisk lub dotknięcie coraz to bardziéj tkliwą i boleśniejszą, podczas gdy na powierzchni prócz możebnie kilku żył rozszerzonych, nie widać żadnéj zmiany charakterystycznéj. Jeżeli teraz odnoga nie zostanie odjętą, natenczas stan opisany trwa jeszcze przez jakiś czas, aż przy jakiejś drobnostkowéj sposobności powstaje nagle złam kości (*Spontanfractur*), który często zwraca uwagę dopiero na istnienie nowotworu rakowatego w staréj przetoce kostnéj. Gdy zaś odnogę odejmie się, widzi się, iż z części głębszych przetoki, prowadzących do jamy lub trumny kostnéj (*Sequesterlade*), mianowicie z jéj przybłonkowego otoczenia rozwinął się rak, który wypełnia jamę w kości, wyżarł zaś równocześnie istotę korową kości aż do cienkiéj warstwy lub listewki, stan, który nazywamy *spina ventosa carcinomatosa*. Szybszy ruch odnogą, drgnięcie odnogą w łóżku z powodu bolu, wystarczają natenczas częstokroć do powstania złamu kości, który najczęściéj połączony bywa z gwałtownemi bólami i po którem następuje zazwyczaj wskutek silniejszego podrażnienia zajętych chorobą tkanek, bardzo gwałtowny i nagły rozrost nowotworu. Pomimo tak ciężkich zaburzeń jednak gruczoły chłonne według doświadczenia Volkmanna nie muszą być i nie bywają zajęte i naciekłe. W innych przypadkach, obserwowanych przez Volkmanna, kość nie zgrubiała w powyż opisany sposób, lecz została wewnątrz wydrążoną i nowotworem zniszczoną, bez widocznéj zmiany kształtu, aż nagle powstało złamanie kości, w takich razach rozpoznanie istnienia nowotworu w kości jest prawie zawsze niemożliwem.

Co się tyczy przebiegu dalszego i przepowiedni w takich przypadkach, to raki te dają wedle doświadczenia względnie najlepszą prognozę, podobnie jak raki innych okolic ciała, rozwijające się na starych bliznach, wrzodach i t. p. Rosną one wogóle powoléj i łagodniéj, niż inne znane raki, częstokroć przez wiele lat, bez zajęcia gruczołów chłonnych. Nawroty są też po operacyi nadzwyczaj rzadkiemi. Tak np. podaje Volkmann, iż na 128 przypadków tego rodzaju raków odnóg tylko w 12 przypadkach nastąpiła śmierć, wskutek zajęcia gruczołów chłonnych i przerzutów. W wyjątkowo złośliwych przypadkach śmierć następuje z powodu rozległości miejscowego nowotworu i następnego charłactwa i ogólnego wyniszczenia ustroju; przerzuty w wewnętrznych narządach zdarzyły się w przypadkach Volkmanna tylko 2 razy.

III. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

Z uwagi, że narzędzia okulistyczne są misternie odrobione i łatwo zniszczeniu uledz mogą tudzież, że nieraz musimy je śpiesznie wyjaławiać w naszym gabinecie lub u chorych w mieście: przeto powinno się obrać jak najprostszą metodę ich sterylizacyi, któraby, nie psując narzędzi, niezawodnie i w jak najkrótszym czasie niszczyła wszelkie zarazki, osiadłe nawet w najniedostępniejszych miejscach na narzędziu. Do wyjaławiania narzędzi nie nadają się ani roztwory chemicznie działających środków odkażnych, ani suche gorąco, ani nawet tak energicznie odkażnie działający strumień pary wodnéj, pozostaje więc spożytkowanie w tym celu ciepłoty wilgotnéj w kąpieli wodnéj, t. j., metoda wygotowania narzędzi.

Po każdéj operacyi wszystkie narzędzia oczyszcza się mechanicznie w wodzie przegotowanéj; przez strzykawki i cewki kilkakrotnie przepuścić należy wodę, a następnie napełnić je wodą. Potem zanurza się narzędzia (ułożone na podstawce[1]) niklowéj o dnie dziurkowatem, opatrzonem przegródkami) w naczyniu, napełnionem dobrze wrzącym słabym (1%) rostworem sody lub nawet wprost w dobrze wrzącéj wodzie miękkiéj i wygotowywa się je najwyżéj przez pięć minut — dla narzędzi o prostéj budowie wystarcza już jedna do dwóch minut. Jeśliby się umieściło narzędzia w wodzie zimnéj lub gorącéj, którą następnie dopiero doprowa-

[1]) Po wstawieniu podstawki z narzędziami we wrzątek należy wodę kilkakrotnie poruszyć lub potrząsnąć w celu wydalenia mogących tam tkwić kulek powietrza. Skutkiem zaniechania tego środka ostrożności narzędzia mogłyby uledz uskodzeniu, gdyż tlen przy takim stopniu ciepłoty i wobec wilgoci działa za chwilowem nawet zetknięciem na stal szybko i energicznie.

działoby się do wrzenia, to mogłyby one uledz uskodzeniu wskutek wytworzenia się na nich plam. Nadto baczyć trzeba, aby jedno narzędzie nie leżało na drugiem, albowiem na miejscach zetknięcia tworzą się też plamy. Niezmiernie ważnem jest, aby wszystkie części narzędzi były pod wodą, a naczynie było zamknięte pokrywką. Po wyjęciu narzędzi osusza się je kawałkiem płótna wyjałowionego. Przed następnem użyciem należy je ponownie wygotowywać, potem wyjąć z naczynia, aby ochłodły i umieścić na tacy, napełnionéj wodą wyjałowioną. Razem z narzędziami można wyjaławiać jedwab potrzebny do nakładania szwów. Katgut mało znajduje zastosowania w chirugii ocznéj.

Badania H. Davidsohna, dokonane w pracowni R. Kocha, wykazały, iż pięć minut trwające wygotowywanie jest niewątpliwie skuteczną metodą wyjaławiania narzędzi chirurgicznych (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1888. Nr. 35).

Deutschmann[1]) zauważył, że przy posługiwaniu się narzędziami, wyjętemi wprost z 2% rostworu karbolu, bez uprzedniego ich osuszania, zdarza się wprowadzać do wnętrza oka nieco rostworu przeciwgnilnego, przylegającego do narzędzi (zwłaszcza takich, jak cystotom), a wówczas odpowiednio do ilości płynu, jaki się tam dostał, wybuchnąć może sprawa ropna o mniéj lub więcéj groźnym przebiegu. Wyniki badań, w tym względzie podjętych, wykazują stanowczo, iż sprawa ropna powstaje tu skutkiem obecności chemicznie drażniącego płynu odkażnego; badania te przemawiają za chemiczną przyczyną całéj sprawy.

Materyjały opatrunkowe: płótno, watę, gazę, opaski i t. d. można wyjaławiać przez wygotowanie. Że jednak nałożony na oko opatrunek wilgotny nieraz drażni skórę powiek, a nawet sprowadza wyprysk, przeto zaleca się tu wyjaławianie za pomocą strumienia pary wodnéj. Jako najprostszy i najodpowiedniejszy do tego celu służący przyrząd parowy nadaje się parowar Kocha, w ten sposób zmodyfikowany, że, dla uniknięcia zwilgotnienia zewnętrznych warstw materyjałów opatrunkowych, należy wysłać powierzchnię wewnętrzną wstawianéj do parowaru skrzyneczki drucianéj takąż samą grubą pilśnią, jaka pokrywa zewnętrzną powierzchnię przyrządu parowego Kocha. Rzecz prosta, nie napełnia się wodą zbytnio zbiornika, aby podczas wrzenia dno skrzyneczki nie zamokło. H. Davidsohn wykazał, iż trzeba utrzymać działanie strumienia pary wodnéj jeszcze w przeciągu 30 minut, licząc od chwili, kiedy ciepłomierz, zawieszony w wolnym przestworze sterylizacyjnym, wskazał 100° C. *Berlin. klin. Wochenschrift.* 1889 Nr. 44)[2]).

Wraz z materyjałami opatrunkowemi w parowarze Kocha wyjaławia się ręczniki, fartuchy i inną bieliznę.

Dla dalszego przechowywania wstawia się skrzyneczkę drucianą, napełnioną opatrunkami, w pudełko blaszane, na ten cel przeznaczone, lub też przesypuje się materyjały opatrunkowe w wyjałowiony słój szklany, szczelnie zamykany.

W parowarze Kocha można wyjaławiać roztwory atropiny, ezeryny[3]), kokainy przez peryjodyczne ich ogrzewanie (metoda Tyndalla). Wogóle przed każdem zastosowaniem należałoby wygotowywać roztwory różnych leków, zakrapianych do worka spojówkowego. Lecz z uwagi, że to wymaga dużo zachodu, a nadto, — że przy częstem wygotowywaniu skład procentowy roztworu skutkiem wyparowania wody znacznéj zmianie ulega, poprzestaje się więc w praktyce codziennéj na przepisywaniu rozczynów odpowiednich leków w roztworach sublimatowych (1 : 10000 lub 1 : 5000): zwykle przepisuje się na każde 10 gramów płynu dwie krople 1% roztworu sublimatu. Kokaina w tym razie tworzy z sublimatem sól organiczną.

Kroplomierze, które prawie zawsze z pożytkiem zastąpić mogą pędzelki, dawniéj używane przez okulistów, tudzież bagietki szklane, służące do zasypywania proszków oraz wprowadzenia maści do oczu, należy starannie oczyścić, a następnie dokładnie przemyć w roztworze przeciwgnilnym.

Zresztą, wszelkie przyrządy ze szkła i porcelany nadają się do wygotowania, co zawsze w przypadkach odpowiednich będzie najprostszą i najniezawodniejszą metodą sterylizacyi.

Do wyjaławiania narzędzi, leków, materyjałów opatrunkowych i bielizny tudzież innych do operacyi służących przedmiotów bardzo się nadaje niekosztowny i niewiele miejsca zabierający sterylizator Strauba (*Centralblatt f. pr. Augenh.* 1891. Nr. 1.).

Przystępując do opisu stosowania metody przeciwgnilnéj u osoby, która ma się poddać operacyi ocznéj, nasamprzód wyłuszczę zasady, które należy mieć na oku przy bezpośredniej antyseptyce objektywnéj. W tym razie mamy na celu — choć tego, niestety wyjątkowo tylko można dopiąć — usunięcie wszystkich wpływów, które mogłyby w zadanéj ranie wywołać wybuch sprawy zakaźnéj.

O ile można, winniśmy na kilka dni przed operacyją jak najszczegółowiéj zbadać nietylko części ochronne oka (brwi, brzegi i skórę powiek, błonę śluzową oka) i powierzchnię gałek ocznych, lecz nadto przyległe części twarzy, wszystkie drogi odpływowe dla łez, tudzież jamę nosową i ustną tak, aby w razie potrzeby módz te części poddać właściwemu leczeniu. Naraża się bowiem na wielkie niebezpieczeństwa narząd wzroku, jeślibyśmy dokonywali operacyi ocznéj wobec istnienia sprawy zakaźnéj w narządzie wzrokowym lub też w jego najbliższem sąsiedztwie. Skoroby się nawet przy tem badaniu nic chorobowego nie dało wykryć to i wówczas, już w przededniu operacyi, choremu, który wziął kąpiel ogólną (mydlano - solno - sodową) i przywdział bieliznę czystą, sami energicznie obmywamy mydłem powieki (zwłaszcza ich brzegi), brwi i sąsiednie okolice twarzy, następnie ciepłym, świeżo sporządzonym i wyjałowionym fizyjologicznym rozczynem soli kuchennéj lub rozczynem trójchlorku jodu przestrzykujemy przewód noso-łzowy; wreszcie $\frac{1}{10}$% rozczynem trójchlorku jodu starannie obmywamy powierzchnię zewnętrzną i przyległe części twarzy, a $\frac{1}{60}$ rozczynem tegoż przetworu zmywamy cały obszar błony śluzowéj oka[1]). Ostatecznie nakładamy wyjałowiony suchy opatrunek. Ten opatrunek przygotowawczy nieraz daje już nazajutrz możność wykrycia utajonych cierpień przewodu łzowego. Eversbusch posuwa ostrożność tak daleko, iż skoro nawet i w ten sposób nic chorobowego, co do przewodów łzowych, nie może wykryć, a mimo to znajduje zmiany patologiczne w jamie nosowéj lub spostrzega objawy, które mu nasuwają podejrze-

[1]) *Beitraege zur Augenheilkunde. 1 Heft. 1 Theil.* 1890.
[2]) W braku odpowiedniego wyjaławiacza od biedy można posługiwać się materyjałami opatrunkowemi, nasyconemi trójchlorkiem jodu, sublimatem, kwasem salicylowym albo salolem. Nie posiadają one pod względem praktycznym wydatnych własności bakteryjobójczych. Ich wartość polega nie na działaniu przeciwgnilnem, które jest tu mocno problematycznem, lecz na tem, że t. z. antyseptyczny opatrunek zwykle bywa przynajmniéj aseptycznym.— [3]) Przy tego rodzaju sterylizacyi roztwory ezeryny odrazu zabarwiają się ciemnoczerwono, nie tracąc własności swoistych.

[1]) Dawniéj do przestrzykiwań i obmywań stosowaliśmy $\frac{1}{60}$% roztwór sublimatu.

nie istnienia sprawy chorobowéj worka łzowego, nie waha się w danym razie czasowo podwiązać katgutem przewódek łzowych.

Tu chcę uczynić wzmiankę obszerniejszą o trójchlorku jodu, mało dotąd w chirurgii znanym przetworze przeciwgnilnym. Stosuję go od dwóch lat zamiast roztworów sublimatu, które dotychczas niepodzielnie królują w oftalmologii, jako najodpowiedniejszy płyn antyseptyczny przy operacyjach ocznych mimo, iż coraz więcéj wychodzą na jaw ich wady.

Wiadomo, że nawet bardzo rozcieńczone rostwory sublimatowe (1 : 10000) niekiedy nadspodziewanie silnie drażnią spojówkę. Wiadomo, że u wielu osób istnieje wyraźna idyjosynkrazyja wobec tego środka. Lecz jego wady jawnie występują dopiero w przypadkach operacyi zaćmy, zwłaszcza w przypadkach, w których wydobywa się zaćmę za pomocą cięcia płatowego, poprowadzonego w przeźroczystéj części rogówki. W tym razie sublimat nieraz sprowadza zaćmienie błony rogowéj, które zwykle stale pozostaje lub tylko w pewnéj mierze z czasem zmniejsza się. Tego rodzaju zaćmienie nieraz bywa w tak wysokim stopniu rozwinięte, iż najzupełniéj lub w znacznéj części niweczy najlepsze wyniki, jakich po udatnie dokonanéj operacyi katarakty miałoby się prawo oczekiwać. Alfred Graefe, wielki zwolennik sublimatu, sam przyznaje, iż skutkiem zaćmienia rogówki wynikły poważne zaburzenia czynnościowe w 4,7% przypadków operacyi zaćmy, przy których obficie stosował sublimat. Mylnie twierdzono, iż to zmętnienie powstaje skutkiem zakrapiania kokainy. Nie przeczymy, iż kokaina w tym razie bywa właściwą jednak przyczyną mniéj lub więcéj wydatnéj utraty przeźroczystości rogówki jest wniknięcie roztworu sublimatowego w przestwory chłonne błony rogowéj tudzież w głębsze warstwy, momentem usposabiającym, jéj utkania przez rozpękliny, powstające w powłoce śródbłonkowéj błony Descemeta w czasie występowania soczewki z oka. Nie zawsze wytwarza się zaćmienie w rogówce, nie zawsze jest ono jednakowo silnie rozwiniętem, zależy to bowiem prócz współdziałania kokainy i od innych okolicznościusposa biających, n. p. od anatomicznego układu rogówki zwłaszcza od stopnia szerokości dróg limfatycznych w téj błonie, wreszcie od warunków, śród jakich miał miejsce akt wyparcia zaćmy. Nie jest bez znaczenia czy ten akt gładko się odbył, czy też brzegi rany były narażone na zbytnie ugniecenie.

Poznawszy wływ szkodliwy stosowania sublimatu do operacyi, przy których rana przenika ścianę gałki ocznéj, starano się zastąpić go innym środkiem przeciwgnilnym, któryby przy równem działaniu bakteryjobójczem nie posiadał własności ujemnych sublimatu.

Zaczęto więc stosować pastylki antyseptyczne, gorąco zalecone przez Rottera[1]) do celów chirurgicznych. Wkrótce atoli ścisłe badania bakteryjologiczne wykazały, iż roztwory pastylek Rottera działają zbyt powolnie bakteryjobójczo, aby je okuliści mogli uznawać za odpowiednie antisepticum.

Widząc, iż żaden ze stosowanych leków przeciwgnilnych nie jest w stanie z pożytkiem zastąpić sublimatu przy operacyjach ocznych, zacząłem w drugiéj połowie 1889 roku stosować roztwory trójchlorku jodu, które już poprzednio okazały mi się nader skutecznemi w leczeniu spraw ropnych rogówki oraz cierpień zakaźnych błony śluzowéj oka (*blennorrhoea, diphtheritis conjunctivae* i inne). Uwagę moją na własności przeciwgnilne tego leku zwróciła prace chirurga berlińskiego Langenbucha, ogłoszona w roku 1887. (*Berliner klin. Wochenschift.* 1887. Nr. 40.)

T r ó j c h l o r e k j o d u (*Jodum trichloratum.* ICl_3) zawiera w 100 częściach 54·39 jodu i 45·61 chloru. Na zlecenie Langenbucha aptekarz berliński Schering zajął się otrzymywaniem tego przetworu w większéj ilości i dostarcza go w rurkach szklanych zatopionych. Trójchlorek jodu przedstawia się w postaci żółto-pomarańczowego proszku, który na powietrzu łatwo się rozpływa, jest bardzo lotny, ma zapach przenikliwy, wywołuje łzawienie i pobudza do kaszlu, a smak ma ściągający, nieco kwaskowaty. Szybko rozpuszcza się nawet w wodzie zimnéj, dając płyn pięknéj barwy machoniowéj, który w żółtawych naczyniach szklanych, zamkniętych korkiem szlifowanym, należy w ciemności i w miejscu chłodnem przechowywać.

Pod wpływem światła, zwłaszcza zaś w zetknięciu z ciałami organicznemi, roztwór trójchlorku jodu wkrótce ulega rozkładowi, przyczem niezwłocznie oswabadza się jod tudzież chlor, a ich działanie, jak wiemy, wzmaga się, skoro są *in statu nascendi*; nadto stwierdzić można obecność kwasu jodowego, który działa wydatnie utleniająco. Już *a priori* sądząc, ma się wszelką podstawę do przypuszczenia, iż własności chemiczne i fizyczne tego przetworu czynić zeń muszą, lek przeciwgnilny pierwszorzędnéj wartości.

Zresztą ścisłe badania Riedla, przeprowadzone w cesarskim Urzędzie Zdrowia w Berlinie[1]), wykazały, iż — w przeciwstawieniu do sublimatu i do karbolu — nie ma powodu przypuszczać, jakoby trójchlorek jodu, przy stosowaniu go w praktyce chirugicznéj, mógł ujawniać własności trujące. Riedel stwierdził swemi badaniami, iż ten przetwór w roztworze 1 : 1000 posiada skuteczniejsze własności bakteryjobócze, aniżeli 3% karbol; a w mniéj stężonych roztworach przewyższa nawet karbol w swéj skuteczności. Trójchlorek jodu pod względem siły zarodkobójczéj najwięcéj ze wszystkich leków odkażnych jest zbliżonym do sublimatu.

Badania bakteryjologiczne Felsera (*Wracz.* 1888.) dały wyniki zgodne z badniami Riedla i z wnioskami klinicznemi Langenbucha. Felser wykazał, iż u 10-ciu osób, u których starał się doprowadzić worek spojówkowy do stanu aseptyczności za pomocą dokładnego przemywania błony śluzowéj oka po jednéj stronie roztworem sublimatu 1 : 6000, a po drugiéj rostworem trójchlorku jodu tegoż stopnia stężenia ($^1/_{60}$ %), dopiął celu: przy stosowaniu sublimatu jeden raz na 10, przy stosowaniu zaś trójchlorku jodu 8 na 10 razy. W drugiéj seryi przypadków, w któréj sublimat zastąpił kwasem borowym, przekonał się, iż w żadnym z 8 przypadków nie był w stanie nie tylko odkazić spojówki, lecz nawet wyraźnie zmniejszyć żywotności tamże istniejących drobnoustrojów; podczas, gdy stosowany po drugiéj stronie u tychże osób trójchlorek jodu 5 razy w zupełności wyjałowił worek spojówkowy, a w pozostałych wydatnie hamująco podziałał na mikroby, tam osiadłe.

Z uwagi, że przetwór ten nie jest trującym — łatwo wydziela się z ustroju głównie przez nerki w postaci wolnego jodu; ze względu, że w skutecznie działających roztworach

[1]) Każda pastylka zawiera: *Zinci sulf. carb.*, *Zinci chlorati āā 0·6*, *Acidi borici 0·4*, *Acidi salicyl. 0·1*, *Acidi citr.*, *Thymoli āā 0·01.* Rozpuściwszy jednę, a najwyżéj dwie pastylki w 250 grm. wody, ma się otrzymać, zdaniem Rottera, nader skuteczny roztwór przeciwgnilny.

[1]) *Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Band 2. Heft 3—5.*

($^1/_{00}$%, a nawet $^1/_{50}$%) nie drażni oka: przeto jako lek odkażny i przeciwgnilny posiada przynajmniéj dla okulisty zalety, które mu nadają pierwszeństwo wobec sublimatu.

Z powodu, że bardziéj stężone roztwory trójchlorku jodu nie tak szybko ulegają rozkładowi, najodpowiedniéj jest z całéj zawartości, jednéj rurki tego przetworu przyrządzić 10% rostwór w wodzie destylowanéj, a dopiero w miarę potrzeby za każdym razem odpowiednio rozcieńczać wymaganą ilość pierwotnego rozczynu.

Do obmywania powiek i twarzy chorych oraz rąk operatora użyć można więcéj stężonego, mianowicie $^1/_{10}$% roztworu. Bardziéj stężone roztwory nadają skórze żółtawe zabarwienie i posiadają zapach jodu, a zarazem zapach chloru, nie robi to jednak tak przykrego wrażenia, jak zapach karbolu lub wody chlorowéj. Zresztą obmycie rąk po operacyi amonijakiem usuwa te drobne niedogodności.

Tuszymy, iż trójchlorek jodu znajdzie szersze zastosowanie, gdyż nie ma się tu do czynienia z jakimś skomplikowanym, tajemnym związkiem chemicznym, lecz z nader luźnem połączeniem dwóch lotnych pierwiastków nie organicznych, jodu i chloru, z których każdy posiada niewątpliwe własności odkażne. Tembardziéj zalecić można ten lek, że on za zetknięciem z ciałami organicznemi rozkłada się, a wówczas każdy z jego pierwiastków składowych nie tylko już sam przez się, lecz i dzięki obecności drugiego *in statu nascendi* rozwija swoją działalność odkażną, a mimo to nie nie wywołuje zatrucia, ani też nie staje się środkiem żrącym, przynajmniéj w roztworach tak stężonych, jak tego wymaga nasza potrzeba. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Przeobrażenskij (Petersburg) **O wsysaniu przez rany świeże i granulujące.**

Kwestyja ta, dość niejasno dotychczas w nauce postawiona, nabrała tém większéj wagi w ostatnich czasach, odkąd dowiedziono, że szkodliwość drobnoustrojów zależy głównie od wytworów ich przemiany materyi — ciał chemicznych. Autor drogą paruset doświadczeń na zwierzętach w pracowni prof. Paszutina starał się zbadać warunki zjawisk fizycznych (rozpuszczalności, dyfuzyi i osmozy), wśród których zachodzą one na powierzchni ran. Dotychczasowi badacze, zdaniem autora, zwracali główną uwagę przy badaniach na jedną tylko ze stron biorących udział w tych, sprawach — organizm i ranną jego powierzchnię, pomijali zaś stronę drugą — sferę zewnętrzną po za raną. Wyniki otrzymane przez autora dadzą się streścić w sposób następujący.

Własności fizyczne opatrunku, nałożonego na powierzchnię rany, mają wywierać wpływ na warunki dyfuzyi i osmozy ciał trujących z wydzieliny rany do ustroju zwierzęcia. Kombinując odpowiednio różne rodzaje materyjałów opatrunkowych o rozmaitych własnościach fizycznych, lub też używając jednego materyjału lecz w różny sposób (np. z makintoshem lub też bez niego) można osiągnąć to, iż stosownie do naszéj woli ciała trujące z powierzchni rany ulegają wessaniu albo ku wewnątrz — w ciało zwierzęcia, albo przeciwnie ku zewnątrz — w nałożony opatrunek. Tak naprzykład przy odpowiednim opatrunku *strychninum nitr.*, posypana w obfitości na powierzchnię ziarninową rany, nie ulega wessaniu nawet u białych szczurów, tak zwykle wrażliwych na tę truciznę; dość jest jednakże tylko zmienić warunki fizyczne opatrunku np. wstrzymać parowanie z jego powierzchni w jakikolwiek sposób, aby nader szybko wystąpiły objawy otrucia; w takim samym stosunku do osmozy istot rozpuszczonych w wydzielinie rany, są ciała stałe sproszkowane, po sypane na powierzchnię rany, jak np. jodoform, węgiel, magnezyja etc. Płyny: rozczyny karbolu, sublimatu, dwuchlorku cynku i t. d., sprzyjają lub wstrzymują osmozę stosownie do własności fizycznych opatrunku założonego na powierzchnię rany.

Bez opatrunku istoty trujące ulegają wessaniu zarówno z powierzchni ran świeżych, jak i pokrytych ziarniną.

Wysoka zdolność wsysania obecnie używanych materyjałów opatrunkowych wraz z parowaniem stanowią wyborny środek do usuwania z powierzchni rany pożywek dla drobnoustrojów i wyrabianych przez nie produktów trujących. Nie tylko z pominięciem zupełném aseptyki i antyseptyki, lecz nawet umyślnie zakażając ranę istotami gnijącemi, można przy odpowiedniem urządzeniu opatrunku z łatwością osiągnąć *primam intentionem* i stan bezgorączkowy. — Ponieważ większość bakteryjologów uważa za przyczynę zakaźnych chorób ran dostanie się do ustroju trujących wytworów przemiany materyi drobnoustrojów, przeto możliwe jest, że własności fizyczne opatrunku i sfery otaczającéj są w prostym stosunku do powstawania komplikacyj zakaśnych, wikłających gojenie się rany.

Zjawiska dyfuzyji i osmozy w materyjałach opatrunkowych zależą od dwóch czynników: włosowatości i parowania, będącego znów w ścisłym związku ze stopniem wilgotności powietrza. Przy współdziale obydwóch tych czynników wsysanie ciał płynnych postępuje zawsze w jednym kierunku, w kierunku parowania. Jeżeli zaś możność parowania zostanie wyłączoną, to sama jedna włosowatość w pierwszéj tylko chwili skieruje płyn w tą samą stronę; lecz odkąd tylko wszystkie pory materyjału opatrunkowego zostaną zapełnione cieczą, dyfuzyja poczyna postępować w kierunku przeciwnym t. j. ku wnętrzu ciała. Materyjały o porach bardzo drobnych, jak np. wata higroskopijna lub juta, posiadające wysoką zdolność wsysania, lecz trudno parujące mniéj daleko wpływają na dyfuzyję, niż materyjały, o porach dużych, gorzéj wsysające, lecz zato oddające szybcej wodę (parujące). Takie same własności można nadać i materyjałom drobnoporowatym, przesypując je ciałami sposzkowanémi (bismut, talk, węgiel, jodoform). Wreszcie dodać należy, że brudnemi a właściwie zatłuszczonemi rękami, zarówno jak i zatłuszczoną powierzchnią ciała naokoło rany możemy w znacznym stopniu zmniejszyć zdolność wchłaniania i parowania materyjałów opatrunkowych.

Spostrzeżenia te, kończy autor, wyjaśniają nam na podstawie fizyki. lecz nie antyseptyki lub aseptyki, dodatni wpływ wielu zabiegów współczesnéj chirurgii na przebieg i gojenie się ran, jak np. używanie mydła lub eteru i jako środków odtłuszczających, zastosowanie do opatrunku poduszeczek mchowych lub torfowych, zawierających milijony bakteryj, zarzucenie protektiwów i makintoshów, jako szkodliwych itd.
(*Wracz. 1891. Nr. 26.*) *L. Kryński.*

Choroby uszne.

Szenes: **O wartości kilku nowych leków w chorobach usznych.**

Mentol zastosowany w 20% rozczynie olejnym w czerakach u ha zewnętrznego sprawia przykre palenie a rzadko tylko jest skuteczny. Autor używanie tego środka zaleca dopiero po rozcięciu i wystrzykiwaniu czeraka. Wtéj saméj chorobie polecano 20% rozczyn winianu octo-glinowego, 1%, sublimatu i wodne rozczyny octanu glinowego. Pierwsze 2 środki okazują się jednak skutecznemi tylko po otwarciu dobrowolnem lub po rozcięciu czeraka, ostatni w tych rozlanych zapaleniach ucha zewnętrznego, które się przyłączają do przewlekłego zapalenia ucha środkowego. 15% karbolgliceryna zastosowana w pierwszym okresie ostrego nieżytu ucha środkowego rzadko tylko łagodzi ból i niezawsze zapobiega ropieniu. Kreolinę w rozczynie 5ciu kropel na 0. 5 litra wody poleca S. w ropieniach ucha środkowego tylko tam, gdzie trzeba choremu samemu wystrzykiwanie poruczyć, jako środek niewinny i nietrujący. Maść zaś 2% kreoliny działa wybornie w wyprysku ostrym ucha zewnętrznego.

Z środków sproszkowanych w ropotokach usznych zwykle używanych doświadczał S. jodolu, salicylanu bizmutowego, arystolu i kwasu borowego. Polecenia godnym znalazł tylko kw. borowy, którego można używać w wszystkich tych przypadkach, gdzie otwór w błonie bębenkowej jest dość duży i na stosownem miejscu, gdzie niema próchnienia kostek usznych lub wyrostka sutkowego, gdzie ten ostatni nie jest zajęty, jednem słowem we wszystkich przypadkach, w których nie zachodzi obawa zatrzymania ropy i jego następstw. Kwas mlekowy w 15% roczczynie w ropotokach usznych przewlekłych polecany musiał S. porzucić z powodu jego żrącego i bolesnego działania nawet na skórę ucha zewnętrznego i małżowiny. Kokainy używał S. w 4—10% roczczynie przeciwko szumowi w uszach wpuszczając kilka kropel za pomocą cewnika przez trąbkę do jamy bębenkowéj, lecz tylko w takich przypadkach, w których inne leczenie nie zdołało szumu usunąć. Jednak mimo kilkutygodniowego wstrzykiwania żadnego skutku nie osiągnął. Miesięnie dało autorowi w 16 przypadkach dobre skutki. Używał go w ostrych zapaleniach jamy bęb. ale dopiero po ustąpieniu ropienia i w takich przypadkach, gdzie nie przyszło do ropienia a małej wydzieliny w jamie bęb. mimo zwykłego leczenia za pomocą balonu i cewnika nie można było do wessania doprowadzić. (*Internat. Klin. Rundsch.* 1891. N. 25

Prof. Salzer jun. (Wiedeń) **O trepanacyi czaszki w ropieniach jamy czaszkowej, pochodzących z ropni jamy ucha średniego.**

U 11 letniéj choréj, od wielu lat cierpiącéj wydzielinę z ucha, wykonano wyskrobanie, poczem wystąpiły wymioty, gorączka, znużenie i skurcze prawéj połowy ciała. Z lewego ucha wydzielina cuchnąca. Wobec tak groźnych objawów przystąpiono do trepanacyi wyrostka sutkowego. Zaraz po otwarciu napotkano na nekrotyczny kawałek opony twardéj, który usunięto. Za pomocą punkcyi próbnéj wykonanéj w części mózgu znajdującéj się pod nekrotyczną oponą nie wydobyto ropy, a natomiast sączyła się ropa z zatoki esowatéj. Po wycięciu dużego kawałka zatoki stosowano otwarte leczenie rany, a dalszy przebieg był bez reakcyi. Tylko w kilka dni po operacyi chora miała uczucie, jak gdyby wypadała z łóżka po lewéj stronie a chodząc zataczała się, co można było uważać za następstwo uszkodzenia przewodów półkulistych. Ze względu na dobry wynik tego przypadku potwierdza S., że wobec objawów mózgowych w ropotokach usznych wskazane są trepanacyja i punkcyja próbna za pomocą strzykawki Pravaza. Politzer podnosi, że mimo objawów ropnia mózgowego takowego nie było, jak wynik operacyi okazał a objawy polegały na surowiczym obrzęku opony twardéj. Przytoczony przypadek dowodzi, że operacyję zawczasu podjętą korzystnie wykonać można nawet jeszcze wtedy, kiedy zatoka zawiera już ropę. (*Internat. Klin. Rundschau 1890. N. 25*). *Dr. Spira.*

Farmakologija.

Dr. Sackur: **Dermatol, nowy środek leczący rany.**

Dermatol otrzymany przez Heintza i Liebrechta w zakł. farmakol. prof. Filehne jest solą zasadową bizmutu z kwasem gallusowym — przedstawia się jako proszek żółty, podobny do jodoformu. Doświadczenia autora czynione z tym przetworem odnoszą się do ran częścią aseptycznych częścią zanieczyszczonych — jużteż do owrzodzeń. Przy tych doświadczeniach okazał się dermatol środkiem znakomicie osuszającym, a brak wszelkich własności drażniących czyni jego użycie stosownem wobec ran oparzelinowych. Mniéj odpowiednim jest wobec ran zanieczyszczonych lub w obfitszych ropieniach, gdzie koniecznem jest użycie wilgotnego antyseptycznego opatrunku. Przy długotrwałych owrzodzeniach na podudziu dermatol bardzo dobre oddawał autorowi usługi nie wywołując żadnego wyprysku. Obok własności osuszających posiada dermatol własności przeciwgnilne; wstrzymuje bowiem rozwój bakteryj w żelatynie, a rany przy użyciu tego środka goją się bez gorączki. W porównaniu z jodoformem ma dermatol dwie zalety: jest on bowiem, bezwonny i nietrujący. W owrzodzeniach gruźliczych jednak jodoformu zastąpić nie może. (*Berl. Klin. Wochschft. Nr. 32. 1891*). *Dr. Jan Opieński.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

X. Posiedzenie z d. 6 czerwca 1891 r.

Przewodniczący kol. Smutny. — Obecnych członków 24.

1) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą cierpiącą na *erythema exsudativum multiforme*, które u choréj w ciągu 20 lat siódmy raz się powtarza a występuje zawsze wśród dreszczów, gorączki i bólów kości. Kol. Krokiewicz zauważa, że w *erythema* znaleziono osobny rodzaj bakteryj. Kol. Krówczyński dodaje, że bakteryje te przeszczepiane na zwierzęta tę samą chorobę wywoływały. Wielu jednak badaczy jest zdania, że *erythema* jest grupą kilku chorób dotąd jeszcze niezbadanych. Najważniejsze *erythema nodosum* połączone jest z ostrym obrzękiem śledziony, dreszczami, gorączką, jest chorobą zakaźną. Druga grupa zdaje się, że polega na tle wessania toksynów. I tak widziano *erythema* przy głębokich bubonach, zwężeniach odbytu itd., gdzie istoty septyczne nie mogąc się na zewnątrz wydzielać, dostawały się do krwi. Po usunięciu cierpienia przyczynowego i *erythema* ustępowało. Widziano je też po wstrzykiwaniach kochiny.

2) Kol. Hansel przedstawia chorą z *lupus erythematosus.*

3) Kol. Wiczkowski przedstawił chorą z oddziału prym. kol. Opolskiego cierpiącą na *leukaemia lienalis.* Do tego rozpoznania uprawniały go następujące objawy: Skóra i błony śluzowe blade, znacznie powiększona śledziona o długości 35 ctm. a szerokości 18 ctm., liczba ciałek białych krwi powiększona, a zmniejszona czerwonych — wreszcie hektyczna gorączka z potami, obok innych mniéj charakterystycznych objawów. Dalsze uzasadnienie tego rozpoznania, jakoteż przedstawienie preparatów mikroskopowych krwi barwionych zostawił sobie prelegent na następne posiedzenie. W dyskusyi zabierali głos koll. Opolski, Krokiewicz, Feigel i Wiczkowski.

4) Nastąpił wykład kol. Wiczkowskiego: „O znaczeniu chlorków w moczu pod względem dyjagnostycznym i prognostycznym". Rzecz będzie w całości ogłoszona.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie III. Przewodniczący dr. Ziembicki.

1. wykład dra Schramma: „Ostateczne wyniki po całkowitem wyłuszczeniu macicy rakowatej."

Ponieważ kwestyja wyleczalności raka macicy drogą operacyjną dotychczas nie rozstrzygnięta, stanęła znowu w ostatnich czasach na porządku dziennym, przeto prelegent uważa za stosowne podać wyniki swych doświadczeń w tym kierunku. W ostatnich latach operował dr. S. 15 przypadków raka macicy, zaś 5 miał w dalszem leczeniu po operacyi wykonanej przez prof. Mikulicza.

Z przypadków tych jedna chora zmarła w 7. dniu po operacyi z powodu załamania się i wrośnięcia pętli jelit w ranę pochwy, jak się o tem prelegent przekonał przez laparatomię wykonaną w 6 dniu choroby z powodu wzmagających się objawów niedrożności kiszek; druga chora zmarła w 3 tygodnie po operacyi z powodu wzmagającego się a już przed operacyją bardzo znacznego wyniszczenia. Reszta 13 chorych przetrzymała zabieg operacyjny bardzo dobrze bez żadnych powikłań. Śledząc dalszy los chorych, doszedł dr. S. do następnych wyników: Z chorych Mikulicza zmarły wszystkie z powodu recydywy, jedna po latach 8, jedna po 4 latach, jedna w $1^1/_2$ roku, dwie inne w kilkanaście miesięcy po operacyi.

Z operowanych przez prelegenta uległy recydywie jed a po 4½, jedna po 4, jedna po 3 latach, dziewięć innych w czasie od 18 do 7 miesięcy po operacyi Jedna tylko i to operowana przed pół rokiem jest zupełnie zdrowa, dotychczas bez śladu recydywy.

Spostrzeżenia te wskazują, że: 1) statystyka co do raka macicy obejmująca okres dwu lub trzyletni od czasu operacyi jest niedostateczna, gdyż rak macicy wraca często po upływie dłuższego czasu; 2) wyluszczenie macicy rakowatej jest operacyją bardzo racyjonalną i wzkazaną, gdyż mimo, że nie miałem dotychczas żadnego przypadku stałego uleczenia, to przecie często, gdyż w blisko 30% dajemy chorej kilka lat życia wolnego od cierpień. Statystyka ta bezwarunkowo musi się jeszcze poprawić, jeżeli w ręce operatora dostawać się będą przypadki świeże, rzecz dotychczas prawie wyjątkowa. Wreszcie prelegent nadmienia, że porównywanie ostatecznych wyników co do częstości recydywy po amputacyi części pochwowej i po całkowitem wyłuszczeniu macicy nie jest słuszne ze względu, że do pierwszej operacyi nadają się przypadki najświeższe, do drugiej zaś przypadki przeważnie daleko posunięte, które do amputacyi części pochwowej już się nie nadają. Obie te operacyje porównywać możnaby co najwyżej co do śmiertelności bezpośredniej pooperacyjnej. Ponieważ zaś różnica jest tu bardzo mała, jak dotąd ledwo 1 do 1½% wynosząca, a w ostatnich czasach śmiertelność po wyłuszczeniu macicy coraz się jeszcze zmniejsza, przeto prelegent przychyla się na stronę tych, którzy w każdym przypadku raka macicy zalecają całkowite usunięcie narządu.

W dyskusyi prof. Rydygier wyraża podziękowanie prelegentowi za przedstawienie wyników z obserwacyi kilkoletniej chorych po operacyi; na chorych klinicznych taka dłuższa obserwacyja jest niemożebną. Wyniki dra Schramma rzeczywiście zachęcają do podejmowania operacyi w przypadkach niezbyt daleko posuniętych. W końcu mowca opowiada o przypadku *occlusio interna* powstałej następowo po wycięciu macicy i zaszyciu otworu wskutek osunięcia i zagięcia się jelita. Przypadek ten pouczył, aby jeżeli możebne otrzewnę zaszywać, a względnie otworu po operacyi wcale nie zaszywać.

Prof. Kosiński jest przeciwnikiem wycinania macicy, a wykonywa tę operacyję tylko w przypadkach początkowego zajęcia i gdzie wykonanie jej jest bardzo łatwe, np. gdy macica wypada, lub da się z łatwością przez szparę sromową wyciągnąć. Zresztą albo wykonywa amputacyję części pochwowej, lub stosuje wyskrobywanie, zapomocą którego można nieraz chorą tak długo utrzymać przy życiu jak przez wycięcie macicy.

Dr. Bogdanik przemawia za tem, aby w przypadkach, w których amputacyja nadpochwowa jest jeszcze możebną, nie wyłuszczano całej macicy.

Prelegent wykazuje własną statystyką, że śmiertelność przy wyłuszczaniu i amputacyi jest ta sama i dlatego wobec raka nikt nie powinien się wahać przed wykonaniem operacyi radykalniejszej.

Prof. Kosiński zwraca uwagę, że dobre wyniki przy operacyi raka, tj. brak recydyw może być następstwem pomyłki w rozpoznaniu, a mianowicie rozpoznania raka, gdzie go nie było i przytacza na to przykład z własnej praktyki.

Prof. Rydygier jeszcze raz gorąco przemawia za operacyją radykalną, którą wszędzie, gdzie tylko mamy z rakiem jakiegoś organu do czynienia, wykonywamy. Nieraz po wycięciu macicy w okresach początkowych raka, gdzie makroskopowo wydawało się, że tylko część pochwowa jest zajętą, znajdujemy pod drobnowidem ogniska rakowate błony śluzowej trzonu.

Dr. Szuman zwraca uwagę na sposób podany przez Spiegelberga, mający służyć do rozpoznania raka macicy, a polegający na wprowadzaniu gąbki prasowanej do wnętrza macicy. Jeżeli po wprowadzeniu gąbki macica nie zmięknie, lecz okazuje części twarde, wtedy należy części te poddać badaniu drobnowidowemu.

Dr. Gabszewicz opowiada o przypadku, w którym rozpoznano raka części pochwowej, i znaleziono przerzuty w trzonie.

II. Wykład dra Bogdanika: O zakładaniu opasek ustalających po złamaniu kości.

Zrażony trudnościami w zakładaniu opatrunku ustalającego przy braku odpowiedniej asysty, a uważając opatrunek za jeden z lepszych sposobów leczenia złamań, wpadł prelegent na pomysł ustalania kończyny za pomocą ekstenzyi i dopiero na opatrunek ekstenzyjny zakłada ustalający, mianowicie krochmalny, który według potrzeby wzmacnia szyną z tektury lub drzewa. Dla umożebnienia sobie lepszego przystępu do kończyny zaprowadził Dr. B. w ekstenzyjnym przyrządzie pewną modyfikacyję. Prelegent kładzie nacisk na wczesne dozwalanie choremu poruszania chorej kończyny.

W dyskusyi prof. Rydygier omawia kwestyję leczenia złamań i zakładania opatrunków. Zwraca uwagę na niestety wydarzające się jeszcze przypadki zgorzeli wywołanej uciskiem opatrunku. Nie godzi się na to. aby po złamaniu wyczekiwać tydzień, leczyć okładami zimnemi itd., lecz zakłada opatrunek ustalający odrazu i zamienia go po tygodniu na ściślej przylegający, w którym chory może już ruchy wykonywać.

Prof. Kosiński w dłuższem przemówieniu zastanawia się nad rodzajami opasek, a w szczególności nad opaską gipsową. W końcu wyraża zdziwienie, że prelegent przenosi opaskę krochmalną nad gipsową, która o wiele szybciej twardnie.

Dr. Ziembicki przemawia za zakładaniem opaski systemu Maisonneuvea.

Prof. Obaliński używa modyfikacyi tego systemu. Na udzie najlepsza jest ekstenzyja bez opatrunku ustalającego.

W dyskusyi zabierają jeszcze głos drowie Szuman, Obtułowicz i prelegent.

III. wykład dra Barącza: Spostrzeżenia nad znieczulaniem bromkiem etylu w praktyce prywatnej na podstawie 180 znieczulań tym środkiem.

Prelegent zachęca do stosowania tego środka do narkozy szczególnie w operacyjach krótszych, jak w przecinaniu ropni, punkcyi ropni zimnych, resekcyi żebra itd. Ilość bromku etylu, jaką się zużywa w czasie narkozy, wynosi koło 15 gr. Prelegent nie zauważył żadnego szkodliwego wpływu nawet po kilku narkozach. Narkoza występuje bardzo szybko w 50 sekund bez okresu pobudzenia, który jedynie występuje u potatorów. Jako przeciwwskazania do narkozy bromkiem etylu wylicza prelegent: operacyje długo trwające, operacyje w jamie ustnej, daleko posunięta gruźlica, zapalenie nerek, alkoholizm.

W dyskusyi zabierał głos dr. Szuman zwracając uwagę na konieczność zaprowadzenia odpowiedniej modyfikacyi w masce Esmarcha przy używaniu takowej do narkozy bromkiem etylu.

Sekcyja ginekologiczna.

Posiedzenie III. Przewodniczący prof. Tyrchowski.

I. wykład dr. Sielskiego: Mechaniczne leczenie wypadnięcia macicy.

Prelegent omawia głównie leczenie metodą Thure Brandta i poddaje krytyce tłomaczenie skuteczności tej metody. Nie przyznaje on wiązadłom macicznym ani mięśniom wybitnej roli w utrzymywaniu macicy w prawidłowem położeniu, a jedynie przypisuje tę rolę budowie dna miednicy, elastyczności otrzewny, i tłoczni brzusznej, która zamyka pochwę poziomo przebiegającej. Mięśnie, które Luschka odkrył w fałdzie Douglasa są zdaniem prelegenta sztucznym produktem. Zresztą aby mięsień utrzymywał macicę w pewnem położeniu musiałby się znajdować w ciągłym stanie skurczu, coby ostatecznie wywołać musiało znużenie tego mięśnia. Dr. S. leczył wypadnięcie macicy przez podnoszenie jej, używając do tego celu odpowiedniej sondy. Z pomiędzy 18 przypadków, które dr. S. leczył, w 15 nastąpiło wyleczenie, a jeden jeszcze znajduje się w leczeniu. Z wy-

leczonych 4 chore następowo rodziły, jedna poroniła bez recydywy.

W dyskusyi zabierał głos dr. Stroynowski podając przebieg przypadków przez siebie leczonych.

Prof. Mars nie zgadza się z wywodami prelegenta, który odmawia mięśniom *retractores uteri* Luschki wszelkiego wpływu na utrzymanie macicy w prawidłowem położeniu.

Tego samego zdania są drowie Natanson i Bylicki, którzy zwracają uwagę, że mięsień utrzymujący macicę, niekoniecznie musi być w stanie kurczu, wystarczy bowiem *tonus* mięśnia. Nadto ostatni zwraca uwagę na niebezpieczeństwo mogące wyniknąć z użycia sondy.

Prelegent podaje, że żadnych złych następstw z użycia sondy nie widział, jakkolwiek rzeczywiście wszyscy możliwość uszkodzenia przypuszczają.

II. wykład dra Kohna: O nieustających wymiotach u ciężarnych.

Głównym celem wykładu tego jest, jak prelegent na wstępie zaznacza, chęć wywołania dyskusyi w tej tak ważnej sprawie i ustalenia wskazań co do leczenia tego cierpienia. Dlatego też dr. K. podaje znane dotąd zapatrywania co do patogenezy wymiotów, skreśla po krótce kliniczny przebieg i zestawia sposoby leczenia nie wyjmując ostatecznego środka, którego się czasem chwycić trzeba, tj. wzniecenia poronienia.

W dyskusyi zabiera głos dr. Thieme, który nadmienia, że wymioty u ciężarnych nie prowadzą do tak groźnych następstw, jak powszechnie przyjmują. W swojej 20letniej praktyce nie widział ani jednego przypadku śmierci, ani razu też nie był zmuszonym do wywołania sztucznego poronienia.

Dr. Borysiewicz również nie był w położeniu aby wzniecić poronienie, jakkolwiek miał jeden przypadek śmierci, który dotyczył chorej cierpiącej wadę serca. Zauważa nadto, że środki wewnętrzne mniej działają aniżeli środki mechaniczne.

Po przemówieniach drów Bylickiego i Stroynowskiego posiedzenie zamknięto.

Sekcyja okulistyczna.

Posiedzenie III. Przewodniczący dr. Ziemiński.

I. wykład dr. Kramsztyka: O opadnięciu tęczówki po ekstrakcyi katarakty.

Najważniejszą przyczyną wypadnięcia tęczówki po operacyi zaćmy jest nieodpowiednie zachowanie się chorego. Nieraz już podczas operacyi tęczówka wypada i albo wcale odprowadzić się nie pozwala, albo tylko niedokładnie się cofa. Tęczówka taka wypadnięta nie cofnie się i pod opaską z wyjątkiem tych przypadków, w których nastąpił odpływ ciałka szklanego. Już samo wydłużenie źrenicy ku ranie usposabia do następowego wypadnięcia. W każdym przypadku wypadnięcia tęczówki trzeba takową wyciąć po usunięciu zaćmy; ezeryna jest środkiem niepewnym. Zdaniem prelegenta możnaby bardzo często uniknąć wypadnięcia stosując narkozę chloroformową przy operacyi. W dalszym ciągu dr. K. zwraca uwagę na możliwość wypadnięcia tęczówki przy przeprowadzeniu chorego do łóżka po operacyi i w ciągu pierwszej doby, i zaleca jak największy spokój dla chorego, zakładanie odpowiedniej opaski, a czasem środki nasenne. Obwodowe lub częściowe wypadnięcie można pozostawić bez leczenia, większe należy jak najprędzej obciąć.

W dyskusyi zaznacza dr. Sroczyński, że chloroform wywołuje bardzo często wymioty, które mogą choremu bardziej zaszkodzić niż niepokój chorego w czasie operacyi, na który możemy wpływać namową i upomnieniami. Za najlepszy sposób zapobiegania wypadnięciu tęczówki uważa zakraplanie ezeryny do komórki przodkowej, nie zaś do worka spojówkowego, gdzie nie działa tak energicznie.

Prof. Rydel zapatruje się podobnie co do znaczenia narkozy. Ze względu na ezerynę, radzi zapuszczać ją na minutę do dwóch przed ekstrakcyją i po ukończeniu operacyi. Za najpewniejszy sposób uniknięcia opadnięcia tęczówki uważa wycięcie, choćby wąziutkiego paska tęczówki z małego koła.

Dr. Gawroński radzi zastąpić chloroform eterem.

Dr. Ziemiński jest również przeciwnikiem chloroformowania i radzi w przypadkach koniecznej narkozy używać bromku etylu. Ezeryna zdaniem mowcy działa już przy zewnętrznem zastosowaniu, radby jednak ezerynę zastąpić pilokarpiną. Co do wycinania tęczówki, stosuje się do konsystencyi i okresu zaćmy. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** dnia 10-go września 1891. Redaktor *„Przeglądu Lekarskiego"* powraca w tych dniach z wakacyj i obejmuje swoje czynności.

* W zeszłym tygodniu zwiedzał JE. p. Namiestnik we Lwowie miejsca proponowane pod budowę klinik i gmachów Wydziału Lekarskiego. Za najodpowiedniejsze uznano miejsce przy ulicy Piekarskiéj obok pałacu hr. Comelowéj.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło c. k. władzom politycznym większych miast zbadać dokładnie sprawę porodów, odbywających się w prywatnych pomieszkaniach akuszerek; według wiadomości podawanych przez dzienniki mają bowiem w tych mieszkaniach zachodzić nieodpowiednie stosunki zdrowotne.

* W razie zapadania budników na choroby zakaźne są dotąd zastępcy ich nietylko narażani na zarażenie, lecz także rozwlekają epidemiję, muszą bowiem przebywać w mieszkaniu razem z chorymi. Aby zapobiedz skutecznie temu niebezpieczeństwu zarządziły niektóre dyrekcyje kolei zbudowanie łatwo przenośnych domków sygnałowych, które w razie wybuchu choroby nagminnéj w mieszkaniu budnika, ustawiać się będzie opodal od tego mieszkania, jako czasowe mieszkanie dla zastępcy. Praktyczna ta nowość skłoniła c. k. Ministerstwo handlu do wezwania wszystkich zarządów kolejowych, aby takie przenośne domki zaprowadziły na swych linijach. Poważna większość zarządów kolejowych poczyniła już kroki ku temu, a niektóre nawet dążą do zaopatrzenia tych domków w piecyki.

* Wydziałowi Zjazdu lekarzy i przyrodników węgierskich poruczono w zeszłym roku wypracowanie memoryjału w sprawie jaglicy. Memoryjał ten przedłożyli właśnie węgierskiemu Ministerstwu spraw wewnętrznych dr. Dulácska i prymaryjusz dr. Vidor. Autorowie memoryjału stwierdzają znaczne rozszerzenie się téj choroby, uznają niedostateczność pouczania o jéj leczeniu i twierdzą, że wśród obecnie istniejących warunków nie można myśleć o jéj wytępieniu. Celem skutecznego zapobiegania szerzeniu się jaglicy należałoby w stolicy kraju założyć osobną lecznicę dla dotkniętych jaglicą, chorzy powinni stanowić materyjał naukowy dla uczniów medycyny, aby wszyscy młodzi lekarze mieli dostateczną sposobność nabyć wprawy w jéj leczeniu. Drowi Natanielowi Feuerowi poruczono napisanie monografii o jaglicy.

* Wskutek spożywania gotowanych raków zachorowało niedawno w Berlinie kilka osób. Okólnik prezydyjum policyi ostrzega przed nabywaniem wszelkich skorupiaków gotowanych, zwłaszcza że one zawierają istoty szkodliwe, gdy się ich nie spożywa bezpośrednio po ugotowaniu, chociaż powonieniem nie wykrywa się jeszcze wcale ich psucia się.

* Przy sposobności ostatniego Zjazdu londyńskiego utrzymywano niejednokrotnie, że Pasteura szczepienia zapobiegające wściekliźnie mają błogie następstwa. Okoliczność ta skłoniła p. A. Lutaud do zestawienia w paryzkim *Journal de médecine* dat statystycznych. Według tych dat umierało we Francyi rocznie 23 osób wskutek wścieklizny (w przecięciu na podstawie obliczeń z lat 35). W przeciągu pięciu lat od wprowadzenia szczepień zmierało rocznie osób 39, (szczepionych 22, nieszczepionych 17), tak że śmiertelność zamiast opadać widocznie się podnosi. Lutaud uznaje wraz z Peterem na téj podstawie szczepienie za wprost szkodliwe raczéj, aniżeli pożyteczne. Zachodzi jednak pytanie czy liczba szczepionych nie obejmuje również osób obcych, które do Paryża przyjechały celem poddania się leczeniu.

* Sacharow („Wracz“ str. 644. 1890) zauważył, że *spirochaete Obermayeri* i *plasmodium malariae* można łatwo wykryć w pijawkach, które przystawiono odpowiednim chorym. Jeżeli po odpadnięciu pijawki posypie się ją solą, wskutek czego zwierzę wypuszcza nieco krwi na podstawione szkiełko, okazują oba pasożyty ruch żywszy, aniżeli we krwi bezpośrednio choremu wypuszczonéj. W pijawkach zamrożonych na kawałku lodu można pasożyty wykazać nawet po upływie tygodnia.

* Sternberg poleca płynną treść orzechów kokosowych niedojrzałych jako bardzo dobrą glebę dla hodowli prątków. Ciecz ta zrazu jasna i przeźroczysta nabiera z dojrzewaniem orzechów wejrzenia mlecznego, posiada własności moczopędne i służy za napój orzeźwiający. Zamknięta z natury w zbiorniku bez zarodków nie wymaga ona wyjaławiania, zawiera glikozę, białko i sole, przelana do rurki odczynnikowéj zatkanéj czopem waty utrzymuje się długo bez zmiany. Z powodu słabo kwaśnego oddziaływania należy ją nieco zobojętniać sodą. Służy ona za znakomitą glebę dla kilku rodzajów prątków i sakcharomycetów.

* Do dnia 31 sierpnia było w Szczawnicy 3017 osób; w Cieplicach czeskich do dnia 5-go września było 6089 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Egzaminatorem z chemii ogólnéj w miejsce prof. Bartha zamianowano profesora Liebena, który przedmiot ten wykładać będzie dla uczniów medycyny i kierować ćwiczeniami w pracowni. **Berlin.** Tajny Radca i nadzwyczajny prof. uniwersytetu dr. Skrzeczka został zamianowanym honorowym profesorem zwyczajnym.

* W najbliższem półroczu mają we wszystkich uniwersytetach belgijskich powstać katedry homeopatyi. Z wyjątkiem Węgier (gdzie dwu profesorów w Budapeszcie wykłada ten przedmiot) nie uważano dotąd nigdzie w Europie za stosowne tworzyć katedry tego przedmiotu.

* **Rosyja.** Świeżo opuścił prasę I-szy tom „Realnéj encyklopedyi nauk lekarskich (Medyko-chirurgiczny słownik)“, wydanéj w Petersburgu przez prof. M. Afanasiewa. Tom ten zawiera wyrazy począwszy od Abazia i Astazia (niemożność chodzenia i stania) do Bacilla. Pokaźna to książka, stronnic 800, opatrzona 116 drzeworytami. Całość obejmować ma 16 tomów, wychodzących z pod prasy co 3 miesiące i kosztuje 75 r. Dzieło to jest tłomaczeniem A. Eulenburga, z dodatkami i zmianami podług Villareta, Buma, Jaccouda, Déchambrea i Dammera, a także opatrzone nowymi artykułami odnoszącymi się do medycyny rosyjskiéj, jak n. p. akademija woj.-lekarska, łaźnie u rozmaitych narodów, mineralne źródła w Rosyi, kąpiele morskie, klimatyczne stacyje, miejsca leczenia kumysem i t. p.

Napróżno szukaliśmy w pismach lekarskich ros. sprawozdania o byłym Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników w Krakowie. Do téj pory znajdujemy w „Wraczu“ zaledwo 2 większe wzmianki — i to wiadomość zaczerpnięto z „The Lancet“! — iż prof. Olszewski przedstawił 200 grm. płynnego kwasorodu i tyle tylko... Widać że naszym pobratymcom łatwiéj czy chętniéj przewertowywać angielskie niż polskie czasopisma lekarskie. Zwracamy na to uwagę nie Waszą, lecz panów Redaktorów pism rosyjskich. Pisma te chętniéj n. p. czerpią wiadomości z takiego „Dniewnika warsz.“, niż z czasopism lek. polskich wychodzących w Warszawie.

Sołodowników, kapitalista moskiewski, świeżo ofiarował 200,000 rs. na budowę nowéj kliniki chorób skórnych i weneryczych, która ma stanąć w Moskwie. Prosektor Ogniew został mianowany nadzw. profesorem histologii i embryjologii w moskiewskim uniwersytecie.

Zmarli: Dr. Wesołowski (60 lat) powiesił się w Ostrogu. Dr. Korsak zmarł nagle w Witebsku, był to słynny praktyk, pozostawił po sobie $^1/_2$ milijona, który to kapitał w braku testamentu i bliskich krewnych ma przejść na rzecz skarbu. Dr. Czyżewski, radca dworu, lekarz 11 art. brygady. Dr. Mieczysław Biernacki, młody kolega w Kodymie, na pograniczu Podola; w nekrologu jego jest wzmianka, iż odkaszlana przez chorego „dyfterytyczna trucizna“, wpadła mu w oko, które w godzinę potem „zabolało“, a następnie choroba przeszła na głowę i sprowadziła śmierć lekarza. Wreszcie zmarł w Moskwie T. Szeremietjewskij (lat 51), zwycz. profesor fizyjologii, b. uczeń Helmholtza i Ludwiga; niedawno wygłosił odczyt p. t.: Helmholtz jako fizyjolog i znaczenie jego w psychologii“.

Dr. J. T.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 36: B. Sawickiego: O nadwichnieniach ku przodowi główki kości promieniowéj u dzieci. Lublinera: Sposób ułatwiający wprowadzanie cynowych czopków Schröttera przy zwężonéj krtani. M. L. Jakubowskiego: Porównanie leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacyi krtani metodą O'Dwyera (dok.). — W *Medycynie* Nr. 36: Stockmanna: Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zołzowéj (c. d.). Sznabla: Silne własności napotne rośliny zwanéi bagnem albo dzikim rozmarynem.— W *Nowinach Lek.* Nr. 9: Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie od 17 do 21 lipca 1891 r. — *Przewodnika gimnastycznego* „Sokół“ Nr. 9 z września r. b. zawiera: Po wycieczce do Pragi. — Drugi zjazd wszechsokolski w Pradze czeskiéj i Sokół polski tamże (dok.). — Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. — Korespondencyja. — Kronika. — Nekrologija. — Ogłoszenia.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 19 Września 1891. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwału (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. O niezwykłéj przypadłości po prawidłowem wydobyciu zaćmy starczéj.

Podał
Dr. Bol. Wicherkiewicz.

Jak nie ma dwóch listków do siebie zupełnie podobnych, tak też każdy przypadek operacyjny nosi na sobie znamię pewnéj odrębności. Rzeczą operatora jest nie tylko patrzeć wszędzie, ale i widzieć takie właściwości, których rozumne statystyczne zestawienie, czynienie stosownych wniosków i zastosowanie ich do przyszłych rękoczynów stanowi złote doświadczeń naszych owoce.

Oczywiście odrębności poszczególne nie zawsze są tego rodzaju, aby mogły budzić zajęcie szerokich kół lub zasługiwały na ogłoszenie; są jednakże inne, które nietylko odrębnością zaciekawiają nas, ale które wymowne dają świadectwo pewnéj zasadzie lub nowym pomysłom torują drogę.

W pewnym kierunku czynić to może przypadek, który zaraz opisać będę miał sposobność:

Wioślarz K. G., 67 lat liczący, przedstawił mi się 23 kwietnia r. b. podając. iż przed rokiem zaniewidział na lewe, a późniéj nieco także na prawe oko.

Ogólny stan przemawiał za miernem odżywieniem. Bardzo słaby stopień inteligencyi nie pozwalał bliższych szczegółów wywiadowych od niego zasięgnąć, otoczenie zaś jeszcze dość obce, nie umiało także nic podać.

Spojówki lekko przekrwione, a przy wyciskaniu worka łzowego wychodzi odrobina ropiasto śluzowego płynu, zresztą przewody łzowe wolne, rogówki nieco małych rozmiarów, górą w lekki łuk starczy zaopatrzone; przednie komórki średniéj głębokości, źrenice wązkie, nieco słabo na światło oddziaływają. Obie soczewki przedstawiają się całe zaćmione, twarde, z lekkiem stłuszczeniem warstw przylegających do nieco zgrubiałéj przedniéj torebki: zgrubienie torebki silniejsze znacznie po lewéj stronie.

W moczu nie znaleziono żadnych ciał nieprawidłowych.

Po należytem przygotowaniu chorego, a mianowicie przestrzyknięciu przewodów łzowych sublimatem (1 : 1000) i kilkorazowem zastosowaniu okładów z wody ołowianéj, przystąpiłem nazajutrz do operacyi, któréj przebieg był następujący:

Chorego, któremu zapuszczono 3 razy 5% kokainę i raz jeszcze przestrzyknięto przewód łzowy sublimatem, ułożono na stół operacyjny. Najprzód zabrałem się do oka lewego:

Cięcie płatowe górne nożem Graefowskim około 5 mm. wysokie, wykłucie (kontrapunkcyję) zrobiłem przypadkowo wskutek drgnięcia chorego $^1/_2$ mm. bliżéj ku przodowi t. j. więcéj w przeźroczystéj rogówce aniżeli wkłucie. Gdy rozcinaczem torebkowym (cystotomem) nie udało się torebce zadać odpowiedniéj ranki, ująłem torebkę szczypczykami własnemi (przedłożonemi w r. 1889 Zjazdowi francuskich oftalmologów w Paryżu) i wydobyłem ją prawie całą, przyczem atoli twarda soczewka lekko okręciwszy się ku górze przesunęła się. Chcąc ją z oka wydobyć, najprzód haczykiem tępym zesunąłem ku dołowi w należyte położenie, poczem bez trudności udało mi się przez lekki tylko nacisk całą wydostać.

Oko wyglądało dobrze, płat rogówkowy przylegał dobrze, źrenica była czystą, tylko tęczówka lekko górą sfałdowana, ku ranie się zwracała. Chcąc ją odprowadzić sztyleścikiem kauczukowym, schylam się po takowy w stronę instrumentów; w tejże chwili chory nagłym silnym zwrotem gałki ku dołowi sprawia pęknięcie powłoczki ciała szklanego (*hyaloidea*), a w ranie szeroko rozwartéj pokazuje się w znacznéj ilości ciało szklane. Wyjęcie rozwieracza, zapuszczenie ezeryny i założenie opaski, było dziełem jednej chwili. Natychmiast przystąpiłem do operacyi prawego oka; z którego soczewkę podobnej jakości jak i z lewego oka, ale o mniéj stwardniałéj torebce wydobyłem z łatwością przez ścisłe cięcie płatowe o prawidłowych rozmiarach.

Wypłukując swoim przyrządem małe resztki, odprowadziłem równocześnie końcem przyrządu wypadniętą tęczówkę, a po operacyi, jak do lewego oka, zapuściłem ezerynę. Chorego zaniesiono do łóżka.

Nazajutrz t. j. dnia 25/4, a zatem w 24 godzin po operacyi zmieniono opaskę z powodu, iż chory narzekał na ucisk w lewem oku: na powiekach trochę znajdowało się śluzu odczynowego, i to na obu oczach równo, zresztą żadne objawy zapalne nie zdradzały się zewnętrznie, dlatego bez odsunięcia powiek, zapuściwszy w prawe oko pilokarpinę, w lewe ezerynę, świeżą założyłem opaskę, którą, gdy chory

w dniach następnych nie narzekał na żadne dolegliwości, zmieniłem dopiero powtórnie dnia 27/4; płatki opatrunkowe przedstawiły się zupełnie suche a po lekkiem odsunięciu dolnych powiek żadna ciecz nie wystąpiła.

Już miałem świeżą założyć opaskę, gdy ciekawością zdjęty odsunąłem poprzednio lekko górną powiekę lewego oka; ku memu wielkiemu zadziwieniu przekonałem się, iż płat operacyjny rogówki, lekko zaćmiony zupełnie był odwróconym i załamanym ku dołowi, natomiast źrenica dobrze była zwężoną, leżała w głównéj dolnéj części za rogówką, a tylko mała jéj górna cząstka była obnażoną, a raczéj pokrytą warstewką ciała szklanego niemal zupełnie przeźroczystego, o ile przy badaniu niezbyt przeciągającem się, można się było przekonać.

Niezwykły ten stan oka mieli sposobność stwierdzić nietylko dwaj moi asystenci, pp. drowie Szulisławski i Cichański, ale także uczęszczający do méj kliniki p. dr. Markowski.

Widząc, iż oko lewe będące bez wszelkiego podrażnienia, przedstawiało stan zupełnéj czystości (*asepsis*) pod względem chorobotwórczych drobnoustrojów, nie dałem sprawy za wygraną, lecz sondą dobrze wyjałowioną podniosłem odwrócony płatek rogówkowy i przyciskając do tylnéj wargi operacyjnéj, lekko powiekę nań zesunąłem, a zapuściwszy ezerynę, założyłem świeżą opaskę uciskową.

Nazajutrz (28/4) mogliśmy się przekonać, iż płat rogówkowy lubo lekko zaćmiony, pozostał w nadanem mu położeniu; wargi rany doskonale przylegały, przednia komórka była miernéj tylko głębokości, ale wyraźna, źrenica nieco niekształtna, dosyć wązka i czysta. W prawem oku przebieg był idealnie prawidłowym, dlatego w dalszym opisie zupełnie oko to pomijam. Zapuściwszy do lewego oka znowu kropelkę ezeryny, zastósowałem jeszcze raz opaskę uciskową.

Dnia 29/4 znalazłem powiekę górną lewego oka trochę nabrzmiałą, płat rogówkowy dobrze przylegający, przeważnie w górnéj części tuż przy gładkiéj bliźnie ranki operacyjnéj zaćmiony. W części dośrodkowéj rogówki zaćmienie nieznaczne, przeświecające i powoli ku środkowi gubiące się. Źrenica owalna, nieco w stronę nosa przesunięta z powodu lekkiego tamże zmarszczenia się tęczówki.

Dalsze leczenie polegało na codziennem opłukiwaniu słabym roztworem sublimatu, zapuszczaniu pilokarpiny i zakładaniu opaski jeszcze przez kilka dni.

W następstwie zaćmienie rogówki coraz więcéj się zmniejszało i lekka wydzielina spojówkowa pod wpływem siarczanu cynku zmniejszała się tak, że 12 maja r. b. mogłem przekonać się, iż zaćmienie rogówki we warstwie dośrodkowéj tylko przez lupę było jeszcze widzialnem. Przednia komórka zagłębiła się więcéj, źrenica po zaprzestaniu zalewania ezeryny względnie pilokarpiny rozszerzyła się i przesuniętą była ku górze. Z powodu tylnych zrostów punkcikowatych, na zewnątrz i wewnątrz w poziomym południku umieszczonych, przybrała źrenica postać owalną. Badanie wzroku dokonane po raz pierwszy dnia 20/5, wykazało na prawem oku 6/36 Hp. 11, na lewem oku palce na 12 $\frac{r}{c}$ + 12.

Za pomocą wziernika w obydwu oczach jak najdokładniéj widzieć było można prawidłowe dno oka; w lewem było ono przez lekkie zaćmienie ciała szklanego nieco przyćmione, przy ukośnem oświetleniu wyraźniéj zarysowywało się zaćmienie przybrzeżnéj warstwy rogówki, do któréj z góry dochodziły naczynia włoskowate.

Astigmometr Javala wykazał bardzo silną nieprawidłową niezborność rogówki, co tłomaczyło względnie słaby stopień wzroku wobec przeźroczystéj źrenicy i względnie prawidłowego dna oka.

Z powodu ogólnego osłabienia chory przez długi czas wcale nie mógł się przedstawić. Dziś dopiero (d. 16/7) przezemnie celem dokładnego zbadania do kliniki sprowadzony, przedstawiał taki stan ócz:

Prawe oko wygląda prawidłowo, jakby nieoperowane, źrenica okrągła, ruchoma, czysta, z wyjątkiem górno-wewnętrznéj części zasłoniętéj resztką torebki. Lewe oko przy pobieżnem badaniu w odległości nie różni się od prawego; uniosłszy powiekę górną, widzimy mało co zmniejszone zaćmienie rogówki, źrenicę owalną jak dawniéj, za pomocą lupy i przy bocznem oswietleniu zauważa się zaćmienia ciała szklanego od górnego brzegu źrenicy w części przyrośniętego do rogówki, ciągnące się ku tyłowi. Wziernik wykazuje u tegoż oka prócz powyżéj wspomnianych nieco silniejszych zaćmień ciała szklanego jeszcze drobnopyłkowe męty, wskutek czego dno oka przedstawia się jak we mgle, można jednakże rozpoznać tarczę prawidłową i odczepienie siatkówki najsilniejsze dołem na wewnątrz. Granica odczepienia niewyraźna. Badanie wzroku wykazuje na oku prawem 6/18 Hp. 12 (dość znaczna niezborność) Sn. 0,8 i +16 na 20 cm., na lewem oku ruchy ręki dołem na wewnątrz.

Czy wynik badania wzroku wobec bardzo miernéj inteligencyi operowanego był zresztą miarodajnym, śmiałbym powątpiewać. Czystość rogówek i prawidłowo przedstawiające się dno oka jednego i drugiego, przemawiają za tem, iż tutaj wzrok powinien był być lepszym. Ale godząc się nawet na to, do czego zeznania operowanego nas uprawniały, przyznać musimy, iż na taki wynik po tym jedynym dotychczas może przebiegu pooperacyjnym, przygotowanymi być nie mieliśmy prawa Zresztą bystrość wzroku nie odgrywa w téj sprawie tak ważnéj roli, są inne okoliczności, które nasuwają nam pewne myśli.

Wiadomo, że A. Graefe z obawy przed ropieniem rogówki, którem nie rzadko kończyła się Davielowska operacyja zaćmy, starał się zastąpić cięcie płatowe, które w danym razie miało usposabiać do tego niebezpiecznego przebiegu, innem, któreby możność ropienia wykluczało: *„Je weiter ein Schnitt aufklappt, desto leichter und vollständiger haben wir den Linsenaustritt zu erwarten, aber desto grösser ist bei schlechter Heiltendenz die Gefahr der Wundprocesse“ (Arch. f. O.* XI, c. 5).

Mooren (*Ophthalmiatrische Beobachtungen* 1867, Berlin pag. 231) przypisywał tęczówce najważniejszą rolę w powstawaniu ropnych zapaleń pooperacyjnych, i dlatego tęczówkę kilka tygodni przed wydobyciem zaćmy polecił wycinać z własnego doświadczenia.

Dziś wobec teoryi o drobnoustrojach, jako jedynych sprawcach ropienia, nie ma powodu obwiniać rodzaj cięcia, pozostałości soczewkowe lub zapalenie tęczówki jako sprawców ropienia rogówki po operacyjach zaćmy. Wiemy zaś, że choćby najniezręczniéj operacyję wykonano, choćby rozmaite części oka przytem były podrażnione, a nawet znaczne części soczewki pozostały w oku, nie przyjdzie do sprawy ropienia, byle tylko przebieg operacyi odbył się wśród warunków ściśle aseptycznych t. j. wykluczających wszelki przystęp drobnoustrojów chorobotwórczych.

Czyż może kiedykolwiek rogówka, jak w naszym przypadku, w skutek odwinięcia zupełnego pozostawać w mniéj korzystnych warunkach odżywienia i mniéj nadawać się do spraw ropnych? a jednak tutaj ropienie nie nastąpiło, bo brakło niezbędnych do tego drobinek.

Ciekawą zaś niezmiernie okolicznością jest to, iż płat rogówkowy po 3 dopiero dniach podniesiony jeszcze przyrósł do pierwotnego miejsca. Przypomina nam to polecenie Kochera (*Volkmann's Samml. kl. Vortr.* Nr. 224), który zdaje się pierwszy zwrócił na to uwagę, iż rany byle ściśle aseptycznie opatrzone, zeszyte po dwóch dniach (*Secundärnath*) zrastają się bez ropienia i spostrzeżenie to zastosowywał w poszczególnych przypadkach dla pominięcia sączków, któreby z innych względów były wskazane. Metodę tę przyjęli

także inni (B. Urwicz, *Wracz* 1886, Nr. 19), sam zaś w r. 1886 na Zjeździe lekarzy w Berlinie (Graefe *Arch. f. Ophthal.*) wykazałem na podstawie dość licznych obserwacyj, iż wielkie płaty skóry w całéj grubości zupełnie zkądinąd oddzielone a przystósowane bez mostku drugiego lub trzeciego dnia do rany przygotowanéj i aseptycznie pod opaską utrzymanéj, przyrastają bardzo dobrze.

W jakich razach z doświadczenia tego korzystać wypada, nie tu miejsce o tem rozstrzygać. Dość, że takie późne zagojenie doraźne jest możliwem, lecz warunkiem niezbędnym do tego ścisła aseptyka.

Co w innych tkankach stwierdzono już wielokrotnem doświadczeniem, to w naszym przypadku lubo niezamierzonem okazało się także zastosowanem do rogówki.

W jaki sposób wyobrazić sobie winniśmy sprawę zagojenia? Wiemy (Arlt. *Compendium der norm. und path. Hist. des Auges.* Wiessbaden 1880, p. 34), że przy gładkich ranach rogówkowych już w trzy godziny brzegi rany nacieczone są leukocytami. W 8—10 godzin przychodzi do wytworzenia się w ranie istoty włóknikowéj wchodzą także leukocyty. Brzegi warstwy Bowmana zwracają się w rankę, w którą po 2—3 dniach nabłonek wybujawszy silnie, wrasta w przewód ranki, przyczem wytworzona istota włóknikowa zamienia się na coraz więcéj skupiającą się tkankę łączną.

W naszym przypadku, gdzie brzegi rany daleko od siebie były oddalone, przyszło także do wytworzenia się istoty włóknikowéj, która utrzymała się w stanie aseptycznym. Po podniesieniu się płata i przylgnięciu brzegów wkrótce nastąpiło ich zlepienie i sprawa zagojenia wzięła ten sam obrót jak po świeżo utworzonéj ranie.

Śródbłonek obnażonéj tęczówki wyrastając we warstwę cienkich komórek wrzecionowatych złączył się w podobnąż warstwę powstałą ze śródbłonka błonki Descemeta tam, gdzie najwięcéj do siebie te warstwy przylegały, to jest wzdłuż brzegów ranki względnie tęczówki, co sprawiło wytworzenie się przedniego szerokiego zrostu.

Ciało szklane w znacznéj części cofnęło się wkrótce, a silne zwężenie źrenicy wstrzymało dalsze tegoż wypadnięcie. Dzięki aseptycznemu stanowi oka pozostała bez odczynu nawet ta cząstka ciała szklanego, która się przed źrenicą usadowiła. Późniéj uległa ona albo wessaniu (?) albo zamieniwszy się znanym sposobem w tkankę łączną do ściślejszego połączenia rogówki z tęczówką w górnym pasie pierwszéj przyczynić się mogła.

Są to oczywiście tylko przypuszczenia, któreby się dały dopiero stwierdzić, szeregiem badań histologicznych, tutaj lekko tylko o nie potrącić pragnąłem.

Większe natomiast znaczenie przypisuje wnioskom, które się nasuwają na podstawie powyższego doświadczenia i to nasamprzód: że nie rodzaj cięcia przyczynia się bezpośrednio do spraw ropnych w rogówce po operacyjach zaćmy, ale wyłącznie brak należytéj aseptyki — a powtóre, że rany rogówki i po kilku jeszcze dniach mogą zagoić się doraźnie, skoro wymogom aseptyki zadość uczyniono.

Lekarz, który pierwszy ma sposobność widzieć zranionego, winien więc, jeżeli sam leczenia specyjalnego podjąć się nie może, przedewszystkiem użyć wszelkich środków, nad któremi pracuje, dla zabezpieczenia oka zranionego przed wpływem drobinek chorobotwórczych i odesłać chorego okuliście, któryby po kilku jeszcze dniach zdołał może w niejednym przypadku zręcznem wkroczeniem większe nawet rany rogówkowe do zagojenia doraźnego doprowadzić.

II. O wpływie cukrzycy *(diab. mellitus)* na części płciowe kobiety.

Podał

Dr. Stroynowski ze Lwowa.

(Dok. Patrz Nr. 37).

W *Centralblatt f. Gynaekologie* 1888 Nr. 31 ogłasza Dr. Nebel: *„Casuistische Beitraege zur Atrophie der weiblichen Genitalien bei Diabetes mellitus“.* Autor przytacza jeden bardzo ciekawy przypadek. Chora lat 37, 6 porodów, ostatni przed 7 miesiącami. Objawy cukrzycy już podczas ostatniéj ciąży choréj bardzo dokuczały, nieznośne pragnienie i nadmierne oddawanie moczu. Od 7-go miesiąca ciąży nagły, bardzo znaczny wzrost macicy, w 8 mym miesiącu wdrożono poród przedwczesny, gdyż wskutek powiększania się macicy występowały groźne objawy. Dziecię bardzo wątłe żyje 4 dni. Objawy cukrzycy pozostały po porodzie, a czyszczenia miesięczne nie ponowiły się. Macica uwiędła, 4½ ctm.

Wspomnieć mi wypada jeszcze o pracy p. Gotarda (*Thèse de Paris*), ktorą znam jedynie z referatu w *Centrbl. f. Gynaekologie* Nr. 24 z r. 1890. *Diabetes im puerperalen Zustande.* Témesvary, Peszt. Referent wspomina, że Godard rozróżnia lekką i ciężką cukrzycę, że lekka ustać może zupełnie po porodzie, cukrzyca w ciężkiéj postaci zwykle kończy się śmiercią w krótkim czasie po porodzie. Silnie zaznacza, że karmienie zarówno w lekkiéj, jakoteż i ciężkiéj cukrzycy wpływa bardzo niekorzystnie na stan ogólny, jako też na samą cukrzycę.

Przytoczywszy wszystkie przypadki z dostępnéj mi literatury, przystępuję do własnych spostrzeżeń. Od r. 1879 do dziś obserwowałem 11 przypadków, u wszystkich chorych były objawy ze strony narządów płciowych, gdyż właśnie te cierpienia były powodem, że się do mnie zgłaszały. Muszę zwrócić uwagę szan. Kolegów, że cały materyjał zebrany z praktyki prywatnej, co znacznie utrudnia ścisłą obserwacyję.

(Patrz tablice na odwrotnéj stronie).

Z tych 11 chorych kobiet zaliczyć należy do grupy I. t. j. do takich, u których peryjody ustały z powodu wieku 3 miało (3. 5. 9) wiek 56, 43, 64.

Zaznaczyć muszę, że jedna chora licząca dopiero lat 43, utraciła czyszczenia miesięczne w 41 r. życia, niezawodnie przedwcześnie.

Siedm chorych kobiet należy zaliczyć do grupy II, tj. śród rozkwitu (1, 2, 4, 6, 7, 8, 11), co do wieku liczą one lat 30, 34, 50, 26, 39, 38, 29. U dwóch kobiet 30, 34 lat liczących nastąpił już zupełny zanik macicy, peryjodów od dłuższego czasu nie było, a wobec stwierdzonego zaniku z pewnością się nie powtórzyły.

Trzy kobiety (7, 8, 11) w wieku lat 39, 38, 29, odznaczają się tem, że peryjody występują bardzo nieregularnie tj. bardzo słabo i krótko trwające, z wydzieliną wodnistokrwawą, i że czas pomiędzy każdym peryjodem przedłuża się nawet do kilku miesięcy a u jednéj choréj wyraźnie rozpoczyna się zanik macicy. U choréj liczącéj lat 26 (6) pe-

1	30	wieśniaczka	4 dzieci ostatnie przed 4 laty	b. silna cukrzyca	b. znaczne wychudnienie	*Atrophia uteri et ov. Amenorrhoe* prawie od roku	długi czas nie leczona	prawdopod. zmarła
2	34	"	2 dzieci ostatnie przed 7 laty	"	średnio wychudła	*Atrophia uteri Amenorrhoe* od ½ roku	jakiś czas się leczyła	uchyliła się od obserw. pr. zmarła
3	56	wdowa po księdzu	kilkoro dzieci	"	wychudła	Peryjody utraciła w 49 roku życia *pruritus vulvae prolap. vag. anterioris*	leczyła się przez 2 lata	zmarła, *coma diabet.*
4	50	żona kupca szynkarza	4 dzieci	mierna cukrzyca	dobre wejrzenie	*pruritus vulvae, menses Uterus auctus.*	leczyła się u mnie dłuższy czas, bywa w Karlsbadzie	żyje
5	43	właścicielka realn.	3 dzieci ostatnie przed 12 laty	"	dość dobre	peryjod utraciła w 41 roku życia, obecnie *Atrophia uteri*	zachowuje dyjetę, jeździ do Karlsbadu	"
6	26	żona kapitana	1 dziecko 1 poronien.	początkowo b. silna cukrzyca ob. znacznie lepiéj	wątła, ale cera niezła	peryjody przeciągają się co 6—7 i 8 tygodni lecz dość obfite, prawd. *Abortus* już podczas cukrzycy	zachowuje dyjetę, 1 raz w Karlsbadzie	"
7	39	żona mechanika	3 dzieci	średnia cukrzyca	dość dobre wejrzen., cera blada	peryjody co 3—4 miesięcy *ulcus atrophicans*, lekki *pruritus*	zachowuje dyjetę	"
8	38	żona oficera sztabow.	bezdzietna	b. mierna cukrzyca	wejrzenie dobre, jednakowoż wychudła, gdy poprzednio była otyłą	peryjody zawsze b. słabe zaledwo 1—2 dni trwające *pruritus*, który ustąpił.	"	"
9	64	żona kupca kuśnierza	kilkoro dzieci	obecnie cukrzyca b. słaba	wejrzenie dobre	kilkakrotnie *pruritus*, naturalnie *atroph. senilis*	zachowuje dyjetę, rok rocznie Karlsbad	"
10	17	córka nauczyciela	virgo	przemijająca cukrzyca	dość dobre, niedokrewna	w 15 r. raz peryjody, odtąd nie ma, nie badałem jéj	obecnie zachowuje dyjetę	"
11	29	żona urzędnika	bezdzietna	mierna cukrzyca	dobre	peryjody 1—2 dni trwające co 5 tygodni, *ulcus parvum 6 cut. Dysmem.*	zachowuje dyjetę	"

ryjody są dość obfite, ale opóźniają się również, a li tylko u jednéj choréj liczącéj rok 50-ty (4) do dziś bywają peryjody i pozostało dobre wejrzenie, jestto osoba bardzo otyła, cierpi prócz tego na świąd, cukrzycę mierną i leczy się konsekwentnie od dłuższego czasu. Macica sama jest powiększona. *Metritis chronica.*

Do III grupy zaliczyć muszę jedną chorą (10) liczącą lat 17, u któréj cukrzyca występuje peryjodycznie i która tylko raz przed 2 laty miała czyszczenie miesięczne.

Spostrzeżenia moje nakłaniają mnie do kilku uwag.

1) Zgodnie ze zdaniem p. Lecorché zauważałem, że cukrzyca często występuje w wieku pomiesiączkowym, jak-

kolwiek z moich spostrzeżeń należy większość do kobiet śród rozkwitu.

2) Powtóre, że cukrzyca występująca w wieku rozkwitu przebiega ostrzéj, aniżeli w czasie pomiesiączkowym.

3) Że zanik macicy i jajników i tem samem utrata czyszczeń miesięcznych jest następstwem cukrzycy, gdyż objawy cukrzycy wcześniéj występują, a mam nawet jeden tak zwany klasyczny przypadek; jestto chora (7), którą obserwuję od kilku lat, chora ta od dłuższego czasu cierpi na cukrzycę, a obecnie rozpoczyna się rozwijać zanik macicy; czyszczenia miesięczne coraz rzadziéj występują, mimo iż liczy dopiero lat 39, macica wątleje; obecnie ma 6 centym., postęp w zaniku mimo ściśle przestrzeganéj dyjety.

5) Że zanik macicy tem rychléj postępuje, im mniéj się zważa na istnienie cukrzycy i na odpowiednie zachowanie, dowodem wieśniaczki (1, 2), u których niewątpliwie nieodpowiednie pożywienie przyczyniło się do tak rychłego skonu.

5) Że nietylko zupełny brak czyszczeń miesięcznych, ale skąpe i rzadkie występowanie tychże jest niekiedy objawem cukrzycy. Na podstawie moich spostrzeżeń powiedziałbym, że zawsze zanim wystąpi zanik macicy poprzedza nieregularne występowanie tychże, zdaje mi się, że Lecorché w tym względzie cokolwiek za mało zwracał uwagi, a bacznićj śledzili Hofmann, Cohn, Nebel.

6) Że wartość rozpoznawcza tych objawów częstokroć ułatwia wykrycie cukrzycy. Wydawało mi się kilkakrotnie że kolega-internista nie miał powodu do podejrzenia o cukrzycę, ja zaś na podstawie tych właśnie objawów badałem mocz dokładnie i rozpoznawałem cukrzycę.

7) Że świąd *(pruritus)* jest bardzo częstym objawem cukrzycy, lecz nie jedynym, mówiąc nawiasem w podręcznikach medycyny wewnętrznéj nawet najlepszych jak n. p. Eichhorst-Strümpel brak wyż wspomnianych objawów.

8) Że zwykłe leczenie cukrzycy za pomocą dyjety, wód karlsbadzkich i t. d. wywiera stanowczo zbawienny skutek na objawy pochodzące od części płciowych t. j. że w miarę ustępywania cukru w moczu opóźniają się oraz objawy zaniku i polepszają się objawy świądu.

9) Że świąd *(pruritus vul.)*, najczęstszy objaw cukrzycy, leczeniem miejscowem połączonem z ogólnem leczeniem, można usunąć. Zmywania 2—3—3$^1/_2$% wodą karbolową miejscowo dają najkorzystniejszy wynik.

Nie miałem sposobności spostrzegania cukrzycy u kobiet ciężarnych, lub też podczas porodu i połogu. W jednym tylko przypadku prawdopodobnie poronienie odbywało się już u choréj na cukrzycę (6), chora 26-letnia, cukrzycę wykazałem w kilka tygodni późniéj, obecnie po kuracyi karlsbadzkiéj ma się nierównie lepiéj.

Nakoniec jeszcze kilka uwag co do rokowania. Niewątpliwie cukrzyca występuje pod dwiema postaciami. Lekka cukrzyca zwykle u osób na pozór bardzo dobrze wyglądających, nawet otyłych, przebiega bardzo skrycie, przez dłuższy przeciąg czasu bez groźniejszych objawów, chociaż występuje czasami nagłe pogorszenie oraz ujawnia się brakiem odporności w przebiegu innych chorób, równocześnie występujących; z tego powodu stać się może groźną. Podlegają jéj w ogóle ludzie wieku starszego. Seegen twierdzi, że w tych przypadkach tylko jeden narząd t. j. wątroba prawdopodobnie nie wykonywa należycie swych czynności, mianowicie utraciła możność przeistoczenia węglowodorów w sposób prawidłowy. Wpływ téj lżejszéj cukrzycy na narządy płciowe kobiet jest bez porównania łagodniejszy. Zachowanie ściśléj dyjety, używanie stosownych wód i leków usuwa częstokroć zupełnie taką cukrzycę, a mówiąc słowami Seegena, wydzielają chorzy stosunkowo tyle cukru ile w potrawach sobie przyswoili.

Ciężka cukrzyca to choroba całego ustroju, występująca częściéj u osób młodszych. Seegen dla téj ciężkiéj postaci cukrzycy daje następującą definicyję. Wydzielanie cukru przez mocz jest oznaką, że całe ciało, albo znaczna część tegoż, utraciła możność spożytkowania cukru w krwi się znajdującego. W ciężkiéj cukrzycy mimo zastosowania odpowiednéj dyjety i leków nie zmniejsza się ilość wydzielanego cukru w moczu. Objawy szybkiego wychudnienia występują raźno i w tych to przypadkach zanik macicy i jajników bardzo rychło postępuje, a koniec zwykle w krótkim czasie bądź to jako *coma diabeticum*, — bądź to jako ogólny uwiąd.

III. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał

Dr. med. Br. Zieminski (z Warszawy).

(Dok. Patrz Nr. 37.)

W celu wzmożenia własności przeciwgnilnych trójchlorku jodu, a zarazem w celu uniknięcia podrażnienia oka, posługujemy się dobrze ogrzanemi roztworami tego przetworu, a to w ten sposób, iż sami *ex tempore*, przy użyciu wody gorącéj, przysposabiamy potrzebne nam roztwory.

Wobec tego, że spostrzeżenia kliniczne i wyniki badań bakteryjologicznych wykazały, że samo opatrywanie ran płynami antyseptycznemi nie jest w stanie zapewnić aseptycznego przebiegu gojenia się ran, gdyż roztworów przeciwgnilnych, używanych do ich spłókiwania, nie można stosować w ilości dostatecznéj i w dostatecznem zgęszczeniu: wobec tego tedy chirurgowie zwracać się zaczęli do suchéj metody aseptycznego leczenia ran (Landerer, Bergman, C. Koch, Kurz), opłókując je płynami odkażnemi tylko w przypadkach wyjątkowych, gdzie istnieją szczególne ku temu wskazania. W okulistyce nie jest się w stanie ściśle kierować zasadami suchéj metody zarówno z powodu właściwości pola operacyjnego, jako też z powodu rodzaju operacyj, dokonywanych na gałce ocznéj, tudzież objawów następczych, stąd wynikających. Mimo to, w leczeniu ran zadanych oku, zaszła w tym kierunku reakcyja poważna przeciw dotychczasowemu sposobowi postępowania przeciwgnilnego, przeciw dotąd ogólnie rozpowszechnionéj metodzie irygacyjnéj.

Wyjałowienie wszystkiego, cokolwiekbądź może się zetknąć z raną, tudzież skrupulatne oczyszczenie powierzchni zewnętrznéj powiek, zwłaszcza zaś ich brzegów, jest niezbędnem. A choć zraszania obfitszego błony śluzowéj nie można zupełnie zaniechać, należy przecież wskazanie ku temu ograniczyć do przypadków, w których faktycznie tkwi w worku spojówkowym sprawa gnilna jak to niechybnie ma miejsce przy zapaleniu przewlekłem woreczka łzowego. Spojówkę niewątpliwie zdrową powinno się łagodnie tylko zwilżyć. Spłókanie chorobowo zajętego worka spojówki nie zawsze

doprowadzić może do stanu aseptyczności tegoż, jednak niezbicie stwierdzono, iż zmywanie błony śluzowéj oka wodą chlorową lub rostworami sublimatu albo trójchlorku jodu w każdym razie, jeśli już nie niszczy tamże istniejących mikrobów, to napewno zmniejsza ich ilość tudzież ich żywotność — działa więc jeśli nie antyseptycznie, to przynajmniéj k o l i s e p t y c z n i e (κωλύω = wstrzymać, tamować, przytłumiać i σῆψις = gnicie), to jest, hamuje rozwój drobnoustrojów. Stosowane, w celu wyjałowienia, równie energiczne przemywania spojówki raz wodą wyjałowioną, a w innym razie i należnie rozcieńczonem rostworam przeciwgnilnemi dają wyniki, stale przemawiające na korzyść bardziéj skutecznego środka antyseptycznego (Felser l. c.). Sprzeciwia się to zdaniu, iż można równie dobrze wyjałowić worek spojówkowy sposobem czysto mechanicznym, mianowicie, strumieniem choćby wody sterylizowanéj.

A więc, w miarę możności wyjaławiamy pole operacyjne przed rozpoczęciem operacyi, a następnie unikamy lub też ograniczamy do niezbędnego minimum doprowadzenie do rany wszelkich płynów obcych dla ustroju: w zasadzie uważając dla wyniku operacyi za szkodliwe — i na podstawie zapatrywania teoretycznego, i z doświadczenia klinicznego, dawniéj stosowane obfite spłókiwanie rany płynami bądźcobądź nieobojętnemi.

Czas wreszcie było dojść do przeświadczenia, iż tego rodzaju znęcanie się nad tkanką żyjącą, nie będąc w stanie odkazić jéj, znacznie natomiast osłabia odporność utkania w danéj okolicy, a nieraz na szwank naraża siły żywotne całego ustroju.

W przeważnéj liczbie przypadków sprawa ropna polega na wniknięciu do ustroju mikrobów swoistych, trzeba atoli przyznać, że jeśli nawet ropne drobnoustroje w pewnéj liczbie utkwiły w tkankach, to wówczas tylko mogą rozwinąć swoją działalność, skoro nastąpiło pewne zaburzenie w prawidłowéj odporności utkania, a to dzięki wpływowi bodźców mechanicznych lub chemicznych, albo też dzięki zmianom ogólnym w ustroju. Uznać więc należy te czynniki niejako za okoliczność usposabiającą, bez któréj sprawa ropna niełatwo może wybuchnąć. Ustrój zdrowy i silny jest w stanie w pewnéj mierze uczynić nieszkodliwemi zarazki o przyrodzie chorobotwórczéj, a jedynie ustrój osłabiony i podkopany przez zaburzenia, głęboko w nim rozwielmożnione, nie może ostać się wobec skutków najścia mikrobów.

Wypowiedzenie walki drobnoustrojom, na téj linii bojowéj jest zadaniem objektywnéj antyseptyki pośredniéj, która ma usunąć warunki bytowe nieodzowne dla mikrobów.

Zatem, winniśmy jak najdokładniéj być powiadomieni, co do ogólnego stanu zdrowia chorego, zwłaszcza — wiedzieć, ażali w danym razie nie istnieje jakiekolwiek głębiéj w ustroju zakorzenione cierpienie, ażali ustrój nie jest wycieńczony skutkiem przebytych chorób. W razie możności obowiązani jesteśmy doprowadzić do równowagi lub przynajmniéj pokrzepić siły życiowe. Wreszcie i w okresie doleczania nie należy ani na chwilę nie lekceważyć ogólnego stanu chorego.

Na przebieg aseptyczny gojenia się rany niemały też wpływ wywiera sama technika operacyjna. Jeśli operacyja nie idzie gładko, jeśli przy całym rękoczynie nie unika się jak najstaranniéj zbytecznego obrażania tkanek (narzędzia muszą być bez zarzutu), jeśli rękoczyn utrudnia osiągnięcie rychłozrostu, to w takim razie korzystanie z całego arsenału środków bakteryjobójczych na nic się nie przyda, a o racyjonalnie pojmowanéj antyseptyce nie może być wówczas mowy.

Przesadnem i jednostronnem jest zapatrywanie, że wszelkie niepomyślne następstwa zranienia przypisuje się zarazkom. Zadaniem każdego chirurga ma być zarówno wzmocnienie sił żywotnych chorego, jakoteż staranne unikanie już na kilka dni przed operacyją wszelkich bodźców, pochodzących z zewnątrz, a sprowadzających zbytni nawał krwi do oczu (jakoto: wiatr, kurz, czuwanie nocne, środki drażniące, n. p. sublimat tudzież silniejsze roztwory lapisu), a prócz tego już po dokaniu operacyi usunięcie podrażnień miejscowych w okolicy zranienia, wynikających z samegoż ustroju chorego. Po każdem zranieniu wzmaga się parcie krwi w danéj okolicy, gdyż skutkiem urazu, właściwiéj mówiąc, skutkiem bodźca urazowego wynika znaczniejszy dopływ krwi do téj okolicy i obfitszym staje się wysięk. A zwiększone parcie krwi i wysięk obfitszy są bodźcami, które mogą przeciwdziałać przebiegowi aseptycznemu gojenia się rany. Tym zaburzeniom zaradzić można, stosując zwiększony ucisk z zewnątrz na okolicę, w któréj operowano. Stosowanie takiego ucisku co najmniéj również sprzyja aseptycznemu gojeniu się rany, co i aseptyka materyjałów opatrunkowych, tudzież narzędzi.' Lecz taki ucisk sam też może stać się zródłem podrażnienia a jeśli jest zbyt znacznym, wówczas utrudnia sprawę odżywiania w téj części ciała. Przeto, musi ten zwiększony ucisk zewnętrzny niezbędnie być elastycznym, jeśli odżywianie okolicy uciśniętéj nie ma na tem ucierpieć.

Wiele trzeba mieć wprawy i zrozumienia istniejących warunków, aby wyciągnąć korzyść największą z elastycznego opatrunku uciskowego, który niewątpliwie nader pomyślny a znaczny wpływ wywiera na gojenie się ran.

Wogóle, co do metody opatrunkowéj przy operacyjach ocznych, należy pamiętać o znanéj oddawna zasadzie chirurgicznéj, że jednym z niezaprzeczenie najważniejszych warunków do osiąganięcia bezpośredniego gojenia się rany jest spokój narządu i to spokój tak zupełny, na jaki tylko zdobyć się można bez narażenia na szwank ogólnego stanu chorego.

Z uwagi, że nie możemy tak często, jakby to należało, usuwać wszelkie możliwe wydzieliny i wydaliny z okolicy operowanéj: przeto trzeba posługiwać się takim materyjałem opatrunkowym wyjałowionym, który w zupełności mógłby je w siebie wchłaniać. Wiadomo, że nie jest się w stanie hermetycznie odciąć dostępu powietrza do rany, stąd więc wynika, iż bądźcobądź powietrze w pewnéj mierze musi stykać się z raną. W tem przeświadczeniu, nakłada się opatrunek w taki sposób, żeby, o ile można, jak najczystsze powietrze swobodnie, bez przeszkód mogło przenikać materyjały opatrunkowe, wówczas bowiem wessane przez nie wydzieliny i wydaliny ulegają utlenieniu i wyschnięciu[1]).

Ci zaś, którzy nakładają wrzekomo szczelnie przylegający opatrunek, czynią to w przekonaniu, iż powietrze szkodę ranie przynosi, iż wywołuje choroby przyranne, sądzą zatem, że należy uniemożliwić dostęp powietrza. Obecnie każdy wie,

[1]) Lecz niekiedy, zwłaszcza wobec ran powierzchownych skóry, pożytecznem być może pomieszczenie między warstwami opatrunku kawałka materyjału nieprzenikliwego (papieru gutaperkowego lub pergaminowego); w przeciwnym razie, przy zdejmowaniu opatrunku, zrywałoby się delikatny naskórek.

iż powietrze, jako takie, nie wywiera wpływu szkodliwego, ani na zdrowe, ani też na zranione części ciała. Przeciwnie, działa ono dobroczynnie na cały ustrój. Jedynie zawieszone w powietrzu zarazki ujemnie wpływają na ranę, należy też bronić im dostępu. Chory ma pozostawać w atmosferze możliwie wolnéj od nich. Zresztą, do rany, pokrytéj materyjałami opatrunkowemi, dochodzi już przefiltrowane powietrze, przeszło ono bowiem przez warstwy gazy lub bawełny odtłuszczonéj. Nadto zapomina się, iż zarazki z atmosfery wnikają do ustroju nietylko przez ranę, lecz i przez drogi oddechowe. A wszak zarodki chorobotwórcze, wnikające przez płuca, o wiele szybciéj wchłonięte, oraz przez obieg krwi porwane zostają, aniżeli wówczas, kiedy osiadają na ranie. Z licznych zaś badań bakteryjologicznych wnioskować można, iż tak chorobotwórcze jak i niechorobotwórcze mikroby, krążące we krwi, tudzież ich wytwory trujące wydalane bywają wraz z wydzielinami różnych narządów ustroju. Passet dowodnie wykazał przenoszenie się stafylokoków ropnych do wydzieliny spojówkowéj. Niedostatecznie tylko stwierdzono, czy to wydalenie następuje przy braku wszelkich uszkodzeń histologicznych w tkankach, czy też skutkiem, jak dotąd niedostrzegalnych zmian patologicznych. Świadomość tych faktów sklania nas do większego względniania możliwości zakażenia z powietrza, aniżeli to obecnie ma miejsce w chirurgii.

Wyniki, dotyczące krążenia tudzież wydalania zarazków z ustroju, nadają wysokie znaczenie pośredniéj antyseptyce objektywnéj, któréj zadanie poprzednio wyłuszczyliśmy, zwłaszcza zaś antyseptyce pośredniéj przy operacyjach ocznych.

Narząd wzroku obfituje w przeróżne gruczołki, stąd więc przeróżne sprawy wydzielnicze tu się odbywają. A im zdrowszym jest ustrój, tym wolniejszemi od zarazków są jego wydzieliny i wydaliny, tym słabszemi są ich własności zakaźne w razie zetknięcia się z raną.

W konkluzyi zaznaczymy, iż doświadczenie kliniczne poucza, że najidealniejsze przypadki gojenia się ran ocznych, zadanych przez operatora aseptycznego, spotyka się wówczas, kiedy nie stosuje się do rany żadnych cieczy obcych dla ustroju. Nie zapominajmy, że ustrój nasz nie jest probówką, napełnioną agarem. Ciało nasze rozporządza siłami, które wprawdzie w pewnych granicach — dają możność skutecznego zwalczania obcych mu drobnoustrojów pasorzytnych. Wiele czasu upłynęło, zanim lekarze, błądząc po różnych manowcach, doszli do właściwego zrozumienia zasad racyjonalnéj antyseptyki.

Ćwierć wieku mija od chwili, w któréj Lister zapoznał świat lekarski z swoją genijalną metodą. Wycisnęła ona wyraźne piętno na wszystkich niemal gałęziach nauki lekarskiéj. Zrazu sądzono, iż kwestyja leczenia ran została ostatecznie rozwiązaną. Przekonano się, iż tak ostatecznie nie jest. Stopniowo też co raz więcéj modyfikowano pierwotną metodę antyseptyczną Listera. Nie należy dziwić się temu. Lister oparł swe postępowanie na podstawie empirycznéj, a, nie znając właściwych wzbudzaczy zakażeń przyrannych, zalecał niepotrzebnie skomplikowane przepisy zachowania się przy zabiegach chirurgicznych. Dopiero w ostatniem dziesięcioleciu, dzięki olbrzymiemu rozwojowi bakteryologii, dzięki sumiennym badaniom R. Kocha, tudzież całego legijonu jego uczniów nad działaniem środków odkażnych na różnorodne drobnoustroje, nadano racyjonalniejszy kierunek leczeniu ran i całéj terapii chorób zakaźnych.

Mija okres panowania czystéj empiryi w medycynie. Etyjologija chorób coraz więcéj rozjaśnia się. Poznajemy środki lecznicze, działające nie przeciw pojedyńczym objawom chorobowym, lecz już przeciw saméjże istocie choroby. Dotychczasowe wyniki badań bakteryjologicznych są nader ponętne, dodają one bodźca do szukania dalszych zdobyczy na tem tudzież jemu pokrewnych polach. Nihilizm w terapii, który niedawno jeszcze opanowywał umysły wielu nawet wybitnych lekarzy, co raz mniéj znajduje wyznawców, przynajmniéj w rzędzie ludzi, stojących na obecnym poziomie wiedzy lekarskiéj. Najzawziętszy sceptyk w zakresie medycyny zamilczeć musi wobec badań, przeprowadzonych z matematyczną niemal ścisłością przez zwarte szeregi przyrodników i lekarzy. A nie zapominajmy, iż dotąd bardziéj wyczerpująco wystudyjowano litylko sposób działania czynników chemicznych na życie bakteryj, podczas gdy mało jesteśmy powiadomieni co do niszczenia drobnoustrojów za pomocą sił fiyzykalnych. Stosunkowo najdokładniejsze wiadomości posiadamy o działaniu ciepła na mikroorganizmy. Ściślejsze badania nad wpływem światła i magnetyzmu są w toku. Lecz najusilniéj w latach ostatnich wzięto się do badań nad działaniem swoistem elektryczności[1]), jako takiéj, i jako współczynnika[2]) poważnego w walce przeciw drobnoustrojom. Choć w tym kierunku podjęte badania dotąd nie dały dodatnich wyników w dziedzinie oftalmologii, zaznaczmy jednak, iż niedawno podane sposoby leczenia chorób przewodu nosołzowego, tudzież chorób spojówki oraz rogówki za pomocą elektrolizy nie pozostaną, zdaje się, pomysłem jałowym klinicystów, którzy téj pono metodzie leczenia zawdzięczają niezaprzeczeme dobry skutek.

Obfity plon, jaki raz po raz zbierają badacze, studyjujący objawy życiowe drobnoustrojów tudzież ich stosunek do tkanek zwierzęcych, pozwala tuszyć, iż antyseptyka przyszłości stanie się znacznie prostszą. Znaleźć się muszą środki swoiste przeciw poszczególnym ustrojom chorobotwórczym, a gruntowne wyświetlenie wzajemnego stosunku mikrobów do pierwiastków ustroju ludzkiego zdoła uczynić go niewrażliwym na wpływy szkodliwe mikroorganizmów.

Dotyczasowy przebieg rozwoju postępowania przeciwgnilnego w lecznictwie daje wszelką rękojmię, iż oftalmologija i w tym kierunku nie da się wyprzedzić przez inne działy medycyny, a wówczas zakres chirurgii okulistycznéj poważnéj zmianie ulegnie, a leczenie chorób śródocznych na nowe tory wejdzie !

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby uszne.

Szenes: (Budapeszt). **Przyczynek do operacyjnego leczenia ostrego zapalenia ucha średniego.**

Jak powszechnie wiadomo przebieg ostrego zapalenia jamy bęb. jest różny i kończy się albo przedziurawieniem błony bęb albo też bez takowego. Wskazanem jest w każdym razie wyprzedzić samodzielne przebicie przez rozcięcie błony b. w miejscu odpowiedniem. Zabieg ten wykonany już w roku 1677 przez Riolanusa po raz pierwszy i przez Schwartzego r. 1868 na nowo opisany i polecany, nie pociąga za sobą żadnych złych następstw i jest zupełnie podobny do zwykłego nacięcia ropnia. Po wykonaniu zabiegu ustępują natychmiast bóle trapiące chorego dotychczas i zapobiega się przez to rozszerzeniu się sprawy na ściany jamy bęb.

[1]) indukcyjnéj. — [2]) elektroliza.

i na jamę czaszkową. Szczególnie w takich zapaleniach usznych, które dołączają się do chorób zakaźnych, należy koniecznie zebraną wydzielinę czém prędzéj wypróżnić, bo w takich przypadkach następuje szybko zniszczenie tkanki błony bęb., co sprowadza wielkie ubytki i oddzielenie się ewentualnie obumarłych kostek usznych. Najstosowniéj jest rozciąć błonę bęb. w tylnym, dolnym jéj odcinku, gdzie błona najłatwiéj jest dostępna i najwięcéj od wewnętrznéj ściany jamy oddalona. Tam zaś, gdzie błona na jakiembądź miejscu przez wypocinę jest wypukloną, najlepiéj naciąć w têm miejscu. Po operacyi należy wypocinę z jamy wycisnąć zapomocą przedmuchania lub przepłukania jamy bęb. przez trąbkę 0. 75% roztworem chlorku sodowego.

Sz. omawia obszernie technikę tego zabiegu, możebne złe następstwa, leczenie pooperacyjne i żąda, ażeby każdy praktykujący lekarz szczególnie na wsi był w stanie wykonać tę prostą, a niekiedy życie ocalającą operacyję. (*Internat. Klin. Rundschau* N. *39. 1890*). *Dr. Spira.*

Choroby wewnętrzne.

Brentano i Tangl. **Przyczynek do etyjologii bielicy wrzekoméj.**

Autorowie opisują przypadek kliniczny, w którym za życia na podstawie chéry ogólnéj, obrzęku gruczołów chłonicowych szyjnych, pachowych i pachwinowych zbitych, niebolesnych i nie chełboczących, na podstawie powiększenia śledziony, braku powiększenia ilości ciałek białych krwi, braku prątków w plwocinach — rozpoznano bielicę wrzekomą, a w którym sekcyja, badanie drobnowidowe i bakteryjologiczne wykazały obok zmian charakterystycznych dla bielicy wrzekoméj także gruźlicę prosówkową. Dla téj choroby nie można było znaleźć wyjścia z wyjątkiem obrzmiałych gruczołów chłonicowych, w których wprawdzie nie znaleziono ani ognisk serowatych ani prątków gruźliczych, które jednak zaszczepione morskim świnkom wywołały ogólną gruźlicę prosówkową. Na podstawie tego przyłączają się autorowie do zdania tych, którzy przypuszczają, że pewne postacie chorób gruźlicznych gruczołów mogą za życia wystąpić w postaci bielicy wrzekoméj. Nie chcą twierdzić, jakoby wszystkie przypadki bielicy wrzekoméj były na tle gruźliczem, bo wykazano, że taki sam obraz chorobowy może powstać pod wpływem innych drobnoustrojów. Należy jednak według ich doświadczenia w każdym przypadku bielicy wrzekoméj zwracać uwagę na możliwą obecność gruźlicy. (*Deut. med. Wochenschr. 1891. N. 17.*)

Danisch: **O odmie podskórnéj w przypadkach zapalenia płuc i oskrzel.**

Autor podnosi 3 ważne szczegóły w przypadku obustronnego zapalenia płuc u dziecka $1^1/_2$ letniego, mianowicie ogólną odmę skórną, niezwykłe zniekształcenie twarzy, przyczem zwraca zwagę, że rozdęcie skóry jest największe powyżéj uszu, *fossa canina* i na powiekach górnych — i wystąpienie obrzęku mózgu wskutek przekrwienia obocznego w jamie czaszkowej, który to objaw według autora zawsze towarzyszy tym przypadkom odmy skórnej, gdy i skóra głowy jest odmą zajętą. (*Deut. med. Wochenschrift.* 1891 Nr. 18.)

Schwalbe: **Rzadkie powikłania błonicy.**

Prawie na równi z porażeniem serca stoją dwa powikłania dość rzadkie: krwotoki i odma piersiowa z ogólną odmą skórną. Krwotoki mogą być zewnętrzne i wewnętrzne. Pierwsze powstają przy zgorzeli nosa i przełyku w następstwie ogólnéj *sepsis* i przy pęknięciu naczyń w sąsiedztwie rany tracheotomijnéj bez znanéj przyczyny, lub wskutek zajęcia błonicowego téjże rany, lub wreszcie wskutek odleżyny kaniulą utworzonéj. Krwotoki wewnętrzne powstają wskutek wrzodu odleżynowego, pęknięcia drobnych naczyń krwionośnych po oddzieleniu się błon dławcowych przy równoczesnem przekrwieniu płuc, lub wreszcie przy samoistnêm przekrwieniu płuc prawdopodobnie po przebyciu zapalenia włóknikowego oskrzeli. Przy krwotokach wewnętrznych jesteś my bezsilni, przy zewnętrznych wczesne ujęcie naczynia broczącego może uratować życie.

Odma skórna nie jest niebezpieczną, ale świadczy, że zapalenie przeniosło się na krtań i niższe drogi oddechowe i wpływa têm samém na niepomyślne rokowanie, które jest têm gorsze, jeżeli się téż wytworzy odma piersiowa. Autor podaje ciekawy przypadek, w którym pomimo odmy piersiowéj nie powstało zapalenie opłucny i w którym pomimo istnienia odmy śródpiersia nie można było wykazać trzeszczenia równoczesnego z akcyą serca, co trzeba przypisać równoczesnemu istnieniu odmy skórnéj i odmy piersiowéj. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem, leczony przez wypuszczenie powietrza z jamy opłucnéj, którą metodę autor bardzo poleca. (*Deut. med. Wochenschr. 1891 Nr. 21*).

Einhorn: **O stosowaniu błękitu metylowego w zapaleniu pęcherza moczowego, miedniczki nerkowéj i raku.**

Autor używał w 2 przypadkach zapalenia pęcherza i miedniczki i w jednym przypadku raka jajnika tego środka wewnętrznie z wynikiem pomyślnym. W przypadku gruźlicy płuc można było dowieść, że wydziela się też płucami (głównie moczem), bo go wykazano w plwocinach, ale nie działa antyseptycznie w płucach, bo plwociny szczepione na agarze nie powstrzymały rozwoju kolonij, podczas gdy mocz zawierający ten środek po 3 tygodniach szczepiony na bulion powstrzymał jeszcze rozwój kolonij. (*Deut. med. Wochenschr.* 1881. Nr 18.)

Joseph: **Przyczynek do patologii języka.**

Na podstawie drobnych zmian anatomicznych na języku w postaci obrzmienia i zaczerwienienia zwłaszcza końca, brzegów i dolnéj powierzchni w stosunku do silnych przypadów podmiotowych autor rozpoznał *glossitis superficialis chronica*, chorobę opisaną pierwszy raz przez Möllera. Autor uważa tę chorobę za identyczną z *glossodynia exfoliativa* Capoziego, podczas gdy oddziela tę postać glosydynii języka, którą opisał przed 6 laty Albert, gdzie symetrycznie po obu stronach języka istniały brodawczaki. Autor poleca w tych przypadkach 50% kwas mlekowy, który mu w *leucoplakia buccalis* niemałe oddaje usługi. (*Deut. med. Wochenschrift* 1891. Nr. 18.) *D. F.*

V. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

II. wykład: Dr. Machek: O wrodzonych zaćmieniach rogówki i o wrodzonych zboczeniach soczewki pod względem jej położenia.

Prelegent obserwował 3 przypadki obustronnych zaćmień rogówki wrodzonych, połączonych z *ectopia lentis.* We wszystkich przypadkach soczewka bywała przesuniętą w kierunku zaćmionej części rogówki. Powstanie wrodzonych tych zboczeń tłomaczy dr. M. opóźnionym oddzieleniem się soczewki wśród życia płodowego od rogówki. Wada ta jest zawsze obustronną, a tęczówka naprzeciw zaćmionej części rogówki źle rozwinięta.

Dr. Sroczyński wyraża możliwość powstania tej wady z owrzodzenia i przebicia rogówki powstałych pod wpływem *blenorrhoea* płodu.

III. Prof. Rydel czyni wniosek, aby sekcyja uznała za rzecz niezbędną ograniczenie sprzedawania kapsli niedorostkom z powodu licznych przypadków utraty wzroku przez zranienie kapslami. Wniosek ten uchwalono przedłożyć do uchwały ogólnemu posiedzeniu zjazdu.

Sekcyja medycyny teoretycznéj.

Posiedzenie III. Przewodniczący Prof. Feigel.

I. wykład prof. Feigla: „O przypadku pierwotnego raka odnogi dolnej, który powstał

w jamie kostnej“ był ogłoszony w „Przeglądzie Lekarskim“

II. wykład dra Kamockiego: O odczynach barwnych zwyrodnienia szklistego.

Prelegent przedstawia wyniki z badań nad spojówką uległą zwyrodnieniu szklistemu. Zwyrodnieniu temu podlegają tylko ścianki naczyń włosowatych i drobnych tętniczek oraz istota międzykomórkowa; komórki zaś tylko zanikają. Istnieje jednak i postać zwyrodnienia szklistego, gdzie zwyrodnieniu ulegają komórki limfoidalne.

III. wykład doc. Obrzuta: Histogeneza zwyrodnienia koloidowego, skrobiowatego i szklistego.

Prelegent dowodzi, że zwyrodnienia te nie są wyrazem przemiany istniejących składników tkanki w istotę koloidową, szklistą i skrobiowatą, lecz są następstwem złożenia tych istot w różnych tkankach. Istoty te pochodzą ze krwi; ta więc uległa przemianie koloidowéj, szklistej lub skrobiowatej. Na poparcie swych wywodów doc. Obrzut okazuje odpowiednie preparaty mikroskopowe.

W dyskusyi przemawiał prof. Mareš.

IV. wykład dra Steinhausa: Wyniki poszukiwań nad wewnątrzjądrowemi i wewnątrzkomórkowemi tworami w guzach złośliwych.

Wymieniwszy badania nad etyjologiją nowotworów złośliwych, podaje dr. St. spostrzeżenia swoje, poczynione w komórkach rakowych i mięsakowych. Prelegent znajdował mianowicie tak w jądrach komórek, jak i w pierwoszczy twory podobne do kokcydyjów. w których nieraz można było zauważyć coś nakształt jądra z jąderkiem. Ilość tych tworów w jednem jądrze komórki dochodzi czasem do kilkudziesięciu. Znaczenie opisanych tworów jest jeszcze nieznane.

Po skończeniu obrad sekcyjnych udali się członkowie i uczestnicy Zjazdu do parku imienia prof. Jordana gdzie z zajęciem przypatrywali się zabawom i ćwiczeniom dziatwy. Wieczorem zaś znaczna liczba członków i uczestników oraz wiele osób wybitnych z poza Zjazdu zgromadziła się na ucztę daną na cześć prof. Jordana. Szereg toastów rozpoczął prof. Baranowski; po nim prezydent Szlachtowski i prof. Jakubowski wszyscy na cześć i zdrowie czcigodnego filantropa, założyciela parku. Po odpowiedzi prof. Jordana przemawiali jeszcze dr. Święcicki, hr. Tarnowski, prof. Chodounsky i dr. Dunin.

W niedzielę dnia 19 lipca w południe udali się członkowie i uczestnicy Zjazdu w liczbie przeszło 500 osób na wycieczkę do Mnikowa podejmowani przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie. Osobny pociąg zawiózł uczestników wycieczki do Zabierzowa, zkąd furmankami udali się do Mnikowa. Tu powitał przybyłych prezes Towarzystwa Lekarskiego prof. Gluziński, opisując zarazem piękności roztaczającego się ze skał krajobrazu. Po posiłku część towarzystwa ochoczo bawiła się tanami przy dźwiękach znakomitéj muzyki 13 pułku, druga zaś część wyszła na szczyty skał, aby podziwiać wspaniały, cudnie piękny widok. Wieczorem w powrocie furmankami do Krzeszowic zachwycał wszystkich czarujący widok oświetlonych ogniami bengalskiemi ruin zamku tenczyńskiego. Z Krzeszowic osobny pociąg o godz. 11 wieczór odwiózł do Krakowa uczestników, którzy bardzo miłe zabierali ze sobą wspomnienie z téj wycieczki.

W poniedziałek dnia 20 lipca sekcyje zasiadły znowu do pracy, aby wyczerpać na ostatniem posiedzeniu przeznaczony do obrad materyjał.

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Posiedzenie IV. dnia 20 lipca przedpołudniem.

I. wykład dra. Rajkowskiego: „Środki wymiotne w leczeniu chorób zakaźnych“.

Prelegent na podstawie spostrzeżeń ze swojéj praktyki poleca stosowanie środków wymiotnych w chorobach zakaźnych, na których przebieg środki te korzystnie wpływają. Na zapytanie dra Arnsteina, jaki cel osiąga się przez stosowanie środków wymiotnych, a szczególnie jaki jest ich skutek w zakażeniu pologowem, odpowiada prelegent, że pod wpływem środków wymiotnych wzmaga się czynność serca, zwiększa się ilość wydzielin, z któremi toksyny łatwéj wydalić się mogą.

II. Referat prof. Jakubowskiego: „Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii z intubacyi krtani metodą O' Dwyera“.

Na wstępie zaznacza referent, że intubacyję pierwszy zaproponował w r. 1858 Bouchut, lecz dopiero od niedawna weszła ona w życie po udoskonaleniu narzędzi i po licznych doświadczeniach wykonanych przez O' Dwyera. W szpitalu dzieci św. Ludwika w Krakowie próby z intubacyją wykonywa się od listopada r. z. i dotąd stosowano tę metodę u 64 dzieci dotkniętych dławcem.

Następnie prof. Jakubowski podaje szczegółowy opis przebiegu dławca po tracheotomiji i po intubacyji, i powikłania, jakie się wydarzyć mogą po każdéj z tych operacyj. Wyniki do których referent doszedł są następujące: Intubacyja w ostrych chorobach krtani zająć powinna stanowisko równorzędne z tracheotomiją; w dławcu ograniczonym tylko do krtani daje prof. J. pierwszeństwo intubacyji przed tracheotomiją, jako zabiegowi łagodniejszemu i mniej powikłań po sobie pociągającemu. W dławcu rozległym, który zajmuje także tchawicę i oskrzela, lepiéj jest odrazu wykonać tracheotomiję, gdyż intubacyja jest środkiem niepewnym i wymagającym nieraz następowéj tracheotomii.

Gdy koreferent w téj sprawie dr. Momidłowski zrzekł się głosu, przystąpiono do dyskusyi, w której zabrał głos dr. Wróblewski, oświadczając się przeciw intubacyi, raz dla tego, iż w wykonaniu przedstawia wiele trudności, i wymaga wielkiej wprawy, której trudno żądać od lekarza praktykującego, nie zajmującego się specyjalnie chorobami krtani, gdy jéj nie posiada każdy specyjalista, a powtóre pociąga za sobą ciężkie powikłania.

Dr. Sokołowski zaznacza, że wyników przy leczeniu dławca i błonicy otrzymanych przez różnych lekarzy nie można brać bezwzględnie z tego powodu, że nasilenie epidemii téj choroby w różnych okolicach jest różne. Wyniki, które prof. Jakubowski przytoczył, są bardzo zachęcające, jednakże metoda ma to przeciwko sobie, że jest trudną do wykonania i wymaga ciągłego czuwania lekarza nad chorym. Dlatego intubacyja O'Dwyera może znaleść zastosowanie tylko w szpitalach i zakładach klinicznych większych miast, co z jednéj strony będzie zbawiennem dla chorych mieszkańców tych miast, a z drugiej strony da sposobność lekarzom do nabycia wprawy w wykonywaniu tego rękoczynu.

W podobnym duchu przemawia Dr. Górecki. Dr. Jodłowski opowiada z podróży swojéj po Azyi fakt, z którego wynika, że intubacyja znaną jest u niektórych plemion azyjatyckich. Kapłani tamtejsi używają w odpowiednich przypadkach do tego celu piór orlich.

Na zapytanie Dra Rajkowskiego, czy pozostawienie rurki w krtani nie przyczynia się do przedłużenia choroby odpowiada prof. Jakubowski, że intubacyja podobnie jak i tracheotomija o tyle przedłużają chorobę, że ratują chorego od uduszenia poczem sprawa chorobowa może albo ustąpić, albo posuwać się niżej do oskrzeli, czego ani tracheotomija ani intubacyja usunąć nie jest w stanie.

W dalszym ciągu prof. Korczyński składa sprawozdanie o petycyi lekarzy zdrojowych w Szczawnicy w sprawie ulepszeń, które należy zaprowadzić w tem zdrojowisku. Na wniosek prof. Korczyńskiego jako referenta uchwalono jednogłośnie bez dyskusyi, ażeby petycyję lekarzy zdrojowych szczawnickich przesłać Akademii Umiejętności jako właścicielce zdrojowiska z następującemi uchwałami:

Sekcyja medycyny wewnętrznéj VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zwraca uwagę c. k Akademii Umie-

jętności, 1) że Szczawnica wymaga koniecznie radykalnych ulepszeń, jeżeli ma wytrzymać konkurencyę z podobnemi zakładami zdrojowemi zagranicznemi, 2) że utrzymanie Szczawnicy na wysokości, któraby odpowiadała wszelkim wymogom balneoterapii i czyniła zadość słusznym wymaganiom chorych, jest konieczném tak ze względu na dobro chorych, jakoteż przez wzgląd na dobro kraju; 3) że tylko większa niż dotąd dbałość o wprowadzenie koniecznych ulepszeń w urządzeniu zdrojowiska może zachęcić lekarzy do popierania Szczawnicy.

Nastąpił referat Dra Rosenblatta: O ile skuteczniejsze jest leczenie w krztuścu miejscowe, niż wewnętrzne.

Wywody referenta dadzą się zebrać w następujące punkty: krztusiec jest chorobą zakaźną miejscową, polegającą na rozwoju zarodka dotąd nieznanego, który prawdopodobnie dostaje się przez jamę nosa do krtani. Tu z początku drażni tylko błonę śluzową do kaszlu, jak każde inne ciało obce; późniéj jednak produkty rozwoju bakteryj zebrawszy się w odpowiedniéj ilości drażnią zakończenia nerwowe w błonie śluzowéj krtani i wywołują typowe napady kaszlu, które ustępują z wydaleniem się toksyn wraz z śluzem przy kaszlu, a na nowo się zjawiają po nagromadzeniu się nowéj ilości tych toksyn. Racyjonalne leczenie jest tylko miejscowe, które zdaniem ref. polegać ma w początku na stosowaniu środków przeciwgnilnych w postaci wcierań (kwasu karbolowego zgęszczonego, roztworu sublimatu) lub wdmuchiwań (proszku żywicy będźwinowéj); w późniejszym zaś okresie, gdy choroba się już rozwinęła, należy znieczulać błonę śluzową krtani 10—15% roztworem kokainy, przez co pauzy między napadami kaszlu stają się dłuższe i — jak ref. przypuszcza — nagromadza się przez ten czas taka ilość toksyn, która dalszemu rozwojowi bakteryj przeszkadza.

Koreferent w téj sprawie Dr. Kniaziołucki podziela zapatrywania referenta co do działania środków miejscowych, głównie kwasu karbolowego 50%, którego sposób stosowania bliżéj opisuje i przyznaje środkom wewnętrznym jedynie działanie symptomatyczne.

W dyskusyi Dr. Murdzieński odmawia wielkiego wpływu środkom leczniczym na przebieg kokluszu. Wziewania kwasu karbolowego są środkiem niebezpiecznym, gdyż mogą sprowadzić zatrucie. Najkorzystniejszy wpływ wywiera często pobyt na świeżem powietrzu.

Dr. Sokołowski zgadza się z referentem co do przypuszczenia natury pasorzytniczéj krztuśca, uważając chorobę tę za analogiczną z influenzą, zgadza się również na to, że najważniejszem jest leczenie miejscowe. Ponieważ pędzlowanie błony śluzowéj nosa u dzieci jest trudne, radzi Dr. S. stosowanie tamponów, które według doświadczenia jego łatwo można wprowadzić i które działają bardzo dobrze.

Dr. Lustgarten podnosi korzystny wpływ zmiany miejsca pobytu na przebieg kokluszu, jakkolwiek często po powrocie dziecka do pierwotnego miejsca choroba wraca.

Dr. Arnstein i prof. Jakubowski zwracają uwagę na niebezpieczne rozwlekanie epidemii przez wywożenie chorych na wieś, gdzie znajdują się dzieci zdrowe, lub co gorsza do zdrojowisk mieszczących wiele dzieci jak np. do Rabki. Odwołują się do lekarzy, aby starali się temu zapobiedz. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 17-go września 1891. W Nrze 35 naszego pisma str. 466 zaszedł błąd w stylizacyi rezolucyj, uchwalonych przez grono lekarzy powiatowych, wskutek czego ustęp 3-ci téj rezolucyi nie jest jasnym i należycie zrozumiałym. Ustęp ten powinien brzmieć jak następuje:

3) „Rząd powinien urządzić kursa naukowe dla lekarzy „powiatowych, celem obznajomienia ich z najnowszymi postępami „medycyny publicznéj, a zapomocą udzielania odpowiednich sub„wencyj postarać się o to, aby wszyscy lekarze powiatowi ko„lejno z krótkich takich kursów, urządzanych w większych od„stępach czasu, skorzystać mogli“.

* Operator szpitala w Biały a nasz współpracownik dr. Józef Bogdanik, wykonał dnia 11-go b. m. we wsi Kamienicy pod Bielskiem operacyę cięcia cesarskiego przy pomocy kol. Tischlera. Wskazanie stanowiło rakowate zwężenie ujścia pochwowego macicy; operowana i dziecię żyją.

* Według wiadomości nadesłanéj przez Dra Karlińskiego przebyli pielgrzymi z Bośnii szczęśliwie 21-dniową kwarantanę w El-Dor i przybyli dnia 5-go b. m. do Klaremone koło Smyrny. W czasie pobytu w El-Dor nie zdarzył się pośród pielgrzymów ani jeden przypadek cholery; przypadki podejrzane bowiem badane bakteryjologicznie nie okazały się przypadkami cholery, w tych zaś, których przebieg był śmiertelny wykazały sekcyje dysenteryę.

* Towarzystwo Lekarskie w Edynburgu rozpisało konkurs na nagrodę Parkina w kwocie 2000 mrk. Za temat służy następujący: „O działaniu leczniczem gazu kwasu węglowego albo innego związku węgla w cholerze, lub innych, zwłaszcza gorączkowych chorobach“.

* Dr. Garcia w Santiago obniża ciepłotę dotkniętych żółtą febrą, wkładając ich do skrzyń o podwójnych ścianach, które nazywa „chambres polaires“. Przestrzeń pomiędzy ścianami skrzyń jest wypełniona lodem, ciepłotę wnętrza można obniżyć od +10 do 0°. Chory w skrzyni zachowuje ścisłą dyjetę; zimno wyjaławia powietrze, wpływa dodatnio na czynność nerek i działa moczopędnie, pomimo tego nie trapi chorych pragnienie tak uciążliwe w téj chorobie.

* Fröhner i Kundsen doświadczali szkodliwości mięsa ze zwierząt otrutych i wykazali, że po otruciu zwierząt pilokarpiną lub ezeryną nie zawiera mięso alkoloidów nierozłożonych; po otruciu weratryną i strychniną zawiera jedynie ślady tych ciał. Nieszkodliwość mięsa ze zwierząt otrutych tłomaczą tem, że mięso jak w ogóle tkanki żyjące rozkładają alkoloidy, wobec tego używanie mięsa ze zwierząt leczonych tymi środkami nie powinno być powodu zabronionem. (Z własnego doświadczenia znamy przypadek, w którym spożycie mięsa z krowy otrutéj znaczną ilością przetworu ołowiu i dobitéj nie sprowadziło żadnéj szkody dla zdrowia ludzi. (*Przyp. Redakcyi*).

* W tygodniu 35-tym (od 29 sierpnia do 5 września) było w Krakowie małżeństw 2, urodzin 43, skonów 41; z tych z płonicy 1, z duru brzusznego 2, z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 4, z nieżytu żołądka i jelit 5.

* W Krynicy było do dnia 4-go września osób 4224; w Truskawcu do dnia 4-go b. m. 1200 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Prof. G. Goldschmidt został z Wiednia powołany na katedrę chemii w uniw. niemieckim. — **Wrocław.** Dr. Henryk Bitter habilitował się jako docent higijeny. — **Tybinga.** Dr. Dennig habilitował się jako docent chorób wewnętrznych.

* **Nekrologija.** W Buffalo zmarł dr. Fr. H. Potter, profesor laryngologii; w Montpellier prof. med. wewnętrznéj dr. Caston; w Cambridge profesor dentystyki w Trinity College Samuel Cartright.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 37: Oderfelda: O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznéj t. zw *diverticulum Mekelii*; S. Goldflama: Przyczynek do etyjologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego. — W *Medycynie* Nr. 37: Stockmanna: Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zołzowéj.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

cownictwie: prof. Dra Gluzińskiego, Dra Marcisiewicza, prof. Dra Marsa, Dra Murdzieńskiego, prof. Dra Pieniążka, Dra Rosenzweiga Dra Sokołowskiego, Dra Surzyckiego, doc. Dra Trzebickiego.

Nowe leki. Krótki opis najnowszych leków, które się pojawiły w ostatnich 3 latach, z podaniem wskazań użycia i dawki.

Skorowidz zdrojowisk i miejscowości klimatycznych krajowych i zagranicznych ułożony przez Dra Michała Zieleniewskiego.

Rozbiór moczu przez Dra Opieńskiego.

Oprócz tego *zbiór najpotrzebniejszych wskazówek lekarskich,* przepisów pocztowych, koleje żelazne. *Spis lekarzy praktykujących w Galicyi* oraz notatnik na wszystkie dni w roku.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 26 Września 1891. Nr. 39.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr 80 ct	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rs.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa [1]).

Podał

prof. Dr. A. Mars.

Kehrer w dziele położniczem zbiorowem Müllera podaje, że zachowanie się przewodu pokarmowego w czasie połogu nie jest dostatecznie zbadane i że w tym kierunku rozległe badania są potrzebne; a Müller w cennem dziele: *„die Krankheiten des weiblichen Körpers“* str. 3. mówi, że zagłębienie jelit podczas ciąży i połogu bywa nierzadko spostrzegane, a mimo to przytacza tylko nieliczne przypadki, opisane przez Gottscheda, G. Brauna, Albrechta, Hildebrandta, Tarnowskiego. Przeglądając piśmiennictwo odnośne, rzadko tylko spotkać się można ze zmianami dotyczącemi nieprawidłowości przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu. W obec tego zdaje mi się usprawiedliwionem podanie odnośnego przypadku.

N. N. wieloródka, 22 lat licząca, osoba bardzo dobrze zbudowana, wzrostu średniego, prócz częstego zaparcia stolca i trudnego oddawania kału na nic się nie żaląca. Pierwszy poród w położeniu czaszkowem ukończony operacyją kleszczową na główce nizko stojącéj z powodu przewlekania się okresu wykluczenia płodu. Obecnie po raz wtóry w ciąży, podczas któréj miała się bardzo dobrze, używała dużo ruchu, zajmowała się wszystkiem w domowem gospodarstwie i zauważyła tylko, że brzuch był pojemniejszy, aniżeli podczas pierwszéj ciąży. Nadto okazywała upodobanie do kiszonéj kapusty, którą wielokrotnie jadała, co też miało miejsce w dniu 10-go lutego wieczorem, w którym to czasie zjadła jéj więcéj niż kiedykolwiek. 11-go lutego t. j. na drugi dzień o godzinie 3-ciéj rano poczuła pierwsze bóle porodowe, które aż do zupełnego rozwarcia ujścia zewnętrznego macicy były bardzo leniwe. Okres wykluczenia płodu, który się rozpoczął po gdzinie 8-éj rano, trwał zaledwo 25 minut. Po czterech silnych bólach urodził się syn donoszony. Macica po porodzie płodu kurczyła się bardzo dobrze, a popłód po miernym ucisku na dno macicy wystąpił w całości na zewnątrz w kilkanaście minut.

Przez dwa dni prócz kilku bólów poporodowych położnica nie okazywała żadnych zboczeń, miała się zupełnie dobrze. Tętno spokojne, wolne, ciepłota prawidłowa, skóra obficie potem pokryta. Mocz oddawała dobrowolnie. Dyjetę zachowywała płynną (rosół, lekka herbata z mlekiem, bulijon, wreszcie do napoju odwar ślazu). Przy oglądaniu brzucha w podbrzuszu widoczne wysklepienie odpowiadające macicy dnem blizko pępka sięgającéj. Ponad dnem macicy wyraźne zagłębienie okolicy pępkowéj, wzdęcia brzucha wcale niema. Przeciw bólom poporodowym podano raz roztwór morfiny w wodzie laurowéj w stosunku 1 : 100, w ilości 10 kropli.

Trzeciego dnia poczęło występować wzdęcie brzucha i to bardzo szybko. Brzuch przy oglądaniu w obec bardzo wiotkich powłok okazywał postać falistą, którą mu nadawała okrężnica w swéj części poprzecznie przebiegającéj, a mianowicie widzieć można było wyraźnie, że *colon transversum* mocno rozdęte zwiesza się w długiéj pętli półksiężycowato od prawego do lewego podżebrza, dosięgając dna macicy. W obec braku innych objawów wzdęcie to uważano jako następstwo nagromadzenia kału w jelitach w obec lekkiego stanu porażennego tychże, jak to się wielokrotnie po porodach zdarza. Niezwłocznie podano pacyjentce 1½ łyżki stołowéj olejku rącznikowego wewnętrznie. Wzdęcie brzucha z każdą godziną stawało się większe, a dnia następnego t. j. czwartego po porodzie postać jego i rozmiary odpowiadały rozdęciu jak na końcu ciąży. Badanie przez powłoki brzuszne dawało wynik ujemny, prócz bowiem odgłosu bębenkowego na całym brzuchu nic innego stwierdzić nie można było. Zarysy macicy poprzód wyraźnie wybadalne zanikły zupełnie, bolesności nie zauważono nigdzie, ciepłota i tętno prawidłowe. Po olejku rącznikowym wypróżnienia nie było. Pomazano cały brzuch kolodyjonem, na wierzch dano zimne okłady i zalecono lewatywy lejkiem Hegara, które jednakowoż zostały bez skutku, mimo że wpędzona woda nie odpłynęła. Po południu tegoż dnia próbowano wprowadzić do odbytnicy grubą sondę, aby nią gazy z rozdętych kiszek odejść mogły. Sonda stolcowa dała się jednak zaprowadzić tylko do pewnéj wysokości do odbytnicy i daléj posunąć jéj nie można było, napotykała bowiem na

[1]) Odczytano na posiedzeniu czerwcowem Tow. ginek. krak.

opór, który się przezwyciężyć nie dawał. W obec tego podano choréj kalomel wewnętrznie. Stan ogólny jednakowy.

Dnia 5-go, gdy bębnica wciąż daléj wzrastała, powłoka z kolodyjonu na brzuchu poczęła w różnych miejscach pękać, szczególniéj zaś nad okolicami pachwinowemi. Miejsca pozbawione téj powłoki pomazywano świeżo klemą i tym sposobem starano się działać przeciw nadmiernemu rozdęciu brzucha. Tegoż dnia po odbytéj naradzie z prof. Madurowiczem podano choréj *extractum fabarum Calabar.* 0·02, powtórzono próbę założenia zgłębnika stolcowego do odbytnicy i próbowano ułożenia kolankowego chorej. Próba założenia zgłębnika do odbytnicy nie udała się powtórnie, a podany środek i ułożenie kolankowe choréj okazały się jako bezskuteczne. Wsuwając zgłębnik do odbytnicy po palcu do tejże wprowadzonym, można się było przekonać, że odbytnica jest spłaszczoną przez guz znacznych rozmiarów wypełniający miednicę małą. Badanie przez pochwę stwierdziło, że pochwa szczelinowata przypartą jest do spojenia kości łonowych, ponad którem czuć można część pochwową macicy, znacznie ku górze wysuniętą. Przez tylną ścianę pochwy czuć guz jednostajnie napięty, elastyczny, od dołu kulisto ograniczony, wypełniający miednicę małą, a tworzący z guzem przez odbytnicę wybadanym jednolitą całość. Guz ten między pochwą a odbytnicą umiejscowiony sięgał dna miednicy tak, że ledwo na $2-2\frac{1}{2}$ ctm. leżał ponad zepchniętem ku dołowi międzykroczem. Górnego ograniczenia guza określić nie można, wznosi się bowiem jednostajnie ku górze. Nadmienić wypada, że guz ten był zupełnie niebolesny. Wnosząc z umiejscowienia, postaci i zbitości guza, rozpoznano opadnięcie jelit do zatoki Douglasa, uciśnięcie tychże między ciałem macicy a wzgórkiem kości krzyżowéj, a w następstwie ucisk na odbytnicę wywołujący niedrożność tejże, z następowem rozdęciem jelit gazami. Przez cały czas dotychczasowego badania mimo, że w tym kierunku zwracano uwagę i starannie badano, w stanie ogólnym choréj nie spostrzeżono zmiany. Mocz badany był prawidłowy, tętno spokojne, nie przenosiło liczby 80 ciu uderzeń na minutę, ciepłota wieczorna nie dosięgła ani razu 37·5 — poranna zaś nie dochodziła prawie 37·0. Odchody połogowe prawidłowe. W szóstéj dobie po porodzie ciepłota podniosła się do 38·5, tętno z rana 100, po południu podskoczyło do 120 uderzeń na minutę. Bębnica bardzo znaczna, brzuch nadmiernie rozdęty i wysklepiony, przepona bardzo znacznie ku górze wyparta. Kręgosłup tak znacznie w okolicy lędźwiowéj ku przodowi wygięty, że w ułożeniu choréj na wznak, swobodnie rękę po pod kręgosłupem przesunąć można. Tułów choréj spoczywa okolicą łopatek i pośladkami na pościeli, część zaś pośrednia tułowia łukowato ułożona nad pościelą. Podczas opukiwania brzucha odgłos wypukowy metaliczno-bębenkowy. Czasami słychać głośne przelewanie się płynów w kiszkach z podźwiękiem podobnym do dźwięku, jaki powstaje, gdy kropla płynu spada do beczki, w któréj na dnie znachodzi się nieco płynu. Oddechanie wydaje się utrudnionem i jest szybsze, zaczerwienienie twarzy odpowiadające rozpoczynającéj się sinicy. Chora poczyna być niespokojną i rozdrażnioną, nie znosi zwykłych zabiegów koło niéj czynionych.

Wobec tego stanu, gdy dotychczasowe leczenie nie prowadziło do celu, a stan choréj się szybko pogarszał, miano zamiar wykonania nakłuć cienkim trójgrancem w celu usunięcia gazów, na co się jednak rodzina nie zgodziła; powstała zatem myśl wykonania laparatomii w celu usunięcia niedrożności jelit. Złożono naradę lekarską z koll. Trzebickym i Pareńskim, wśród któréj postanowiono jeszcze czekać do dnia następnego i zalecono częstą zmianę położenia choréj w łóżku na boki, massage okolicy ponad załamkiem esowatym kiszki grubéj. Po tych zabiegach odeszły najpierw gazy w miernéj ilości, a potem pojawił się pierwszy od porodu stolec okazujący właściwości stolca po kalomelu. Brzuch nie zmniejszył się wprawdzie widocznie, chora doznała jednak wielkiéj ulgi. Następnego dnia obfity stolec z gazami znów po zmianie ułożenia w łóżku, poczem wejrzenie choréj zmieniło się na korzyść, poczynająca sinica ustąpiła, oddech stał się swobodniejszym i mniéj licznym, tętno opadło niżéj 100 uderzeń na minutę, ciepłota niżéj 37·5.

Od 8 go dnia stolce występowały regularnie. Brzuch z każdym dniem opadał widocznie, powłoki brzuszne stawały się coraz to podatniejsze. Przez te ostatnie można wyczuć dokładnie macicę dość dobrze zwiniętą, niebolesną, sięgającą dnem niemal pępka. W następnych dniach dno macicy zstępowało coraz niżéj tak, że dnia 14 po porodzie nie można go było wymacać nad spojeniem kości łonowych. Przez ten czas podawano choréj: *extractum nucis vomicae* po 0·03 dziennie.

W dwa tygodnie po porodzie chora miała się tak dobrze podmiotowo i przedmiotowo, że nic nieprawidłowego u niéj wykazać nie można było. Badanie wewnętrzne przez pochwę wykazało prawidłowe ułożenie organów w miednicy małéj położonych, mimo to zatrzymano chorą w łóżku jeszcze dni kilka, poczem pozwolono ostrożnie powstawać i zalecono zwracać uwagę, aby codziennie było wypróżnienie stolca.

Podczas opadania rozdęcia brzucha zauważono, że na obu udach poniżéj pachwin wystąpiło półksiężycowate zaczerwienienie skóry, wypukłością ku palcom nóg zwrócone, w miarę opadania brzucha coraz znaczniejsze. Zaczerwienienie to skóry odpowiadało podrażnieniu tejże, jakie widzimy po pomazaniu brzucha kolodyjonem w miejscach, gdzie takowy pęka. Na brzegach tego zaczerwienienia widać strzępki kolodyjonu. Objaw ten dowodzi, że w czasie nadmiernego rozdęcia brzucha skóra została przeciągniętą z ud nad pachwiny i może dawać miarę, jak znacznie brzuch był rozdęty.

W przypadku niniejszym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z uciśnięciem jelita grubego i to w jego dolnéj części z następową niedrożnością jelit. Przemawia za tem sposób powstawania bębnicy, która się rozpoczęła od rozdęcia najpierw jelita grubego i objęła resztę kiszek. Badanie przedmiotowe wykazało jelita opadnięte w zatoce Douglasa, nadmiernie rozdęte, które uciskały odbytnicę do kości krzyżowéj, a pochwę do spojenia kości łonowych i utrzymując macicę w górze nie dozwalały jéj zająć ułożenia prawidłowego. Macica w warunkach prawidłowych po porodzie leży w mniejszem lub większem przodozgięciu w ten sposób, że zajmuje część jamy brzucha najniżéj położoną. Stan ten bardzo pięknie ilustrują przekroje zamrożonych ciał osób w połogu zmarłych, jak n. p, rysunek w pracy Fehlinga (*Die Physiologie und Path. des Wochenbettes.* str. 4) przedstawiający stosunki tuż po porodzie, albo rysunek w pracy Stratza: „*Die normale Lage des Uterus*“ (*Zeitschrift f. Gebhfe u. Gynaek.* Bd 13, Taf 8) przedstawiający stosunki późniejsze w połogu. W prawidłowych warunkach jelita leżą po nad macicą. W przypadku naszym stosunki ułożyły się odmiennie, a mianowicie macica po porodzie nie zajęła najniższéj części jamy brzucha, tylko jelita zstąpiły do zatoki Douglasa, co skoro się stało, macica musiała pozostać po nad jelitami, które późniéj rozdęte gazami coraz więcéj spychały zatokę Douglasa ku dołowi i wysuwały macicę ku przodowi i ku górze. Jak z doświadczenia wiemy, stan taki rzadko się przydarza, zaczem przemawia okoliczność, że w dziełach omawiających szczegółowo zmiany położenia macicy w połogu, jak n. p. w dziele zbiorowem Müllera o położnictwie, albo w pracy Fehlinga wyż cytowanéj, wzmianki o podobnéj zmianie położenia macicy podczas połogu nie znachodzimy. Naturalnem jest, że aby powstał stan w naszym przypadku opisany, potrzebne są warunki usposabiające. Do takich zaliczyć musimy wrodzoną albo też nabytą znaczniejszą szerokość kreski jelitowéj, niższe aniżeli w stanach prawidłowych ułożenie fałdu otrzewnowego, tworzącego

zatokę Douglasa. Że takie warunki w naszym przypadku istniały, dowodzi ułożenie okrężnicy poprzecznéj, która w długiéj pętli ku dołowi się zwieszała w chwili, gdy rozdęcie jelit powstawało. Nadto stwierdzone niskie ułożenie jelit w miednicy małéj przemawia za niskiem ułożeniem zatoki Douglasa. Do takich warunków usposabiających zaliczyćby można zrosty macicy podczas ciąży w górze, albo zrosty jelita w zatoce Douglasa położonego. W obec prawidłowego jednak przebiegu ciąży obecność tych stanów wykluczyć można.

Zachodzi teraz pytanie: która część jelita opadała w zatokę Douglasa, czy opadły jelita cienkie, czy też pętle jelita grubego, a w szczególności załamek esowaty tegoż. Aczkolwiek stanowczo na to pytanie odpowiedzieć trudno, to przecież przebieg niniejszego przypadku przemawiałby zatem, że opadnięte były jelita cienkie i uciskały odbytnicę, gdyby bowiem w zatoce Douglasa leżała pętla kiszki grubéj, musiałoby było przyjść do zagięcia tejże i do objawów z zagłoby tejże pochodzących, jak np. boleści, wymiotów kałowych itd., których chora nie doznawała. Nadto wobec tak znacznéj bębnicy trudnoby sobie pomyśleć tak łagodne zejście choroby i przywrócenie drożności jelita grubego, podczas gdy przypuszczając, że jelita cienkie w zatoce Douglasa leżały, cały przebieg chorobowy łatwo się tłomaczy.

Chcąc się zastanowić w niniejszym przypadku nad mechanizmem powstania zagłobienia jelit w zatoce Douglasa i powstania ucisku na kiszkę stolcową, musimy rzecz sobie tłomaczyć jak następuje: Wobec warunków sprzyjających dostały się po porodzie pętle jelit cienkich do zatoki Douglasa. Macica po porodzie musiała mieć dążność umiejscowienia się na dnie jamy brzucha, przynajmniéj za tem pewnym odcinkiem leżała w miednicy małéj. Ponieważ zaś macica po porodzie jest pojemną, zatem wchód do miednicy małéj a względnie wejście do zatoki Douglasa mogło być obecnością macicy we wchodzie ścieśnione, szczególniéj w miejscu między macicą a wzgórkiem kości krzyżowéj położonem. Tym sposobem jelita do zatoki Douglasa raz opadłe nie mogły się łatwo nazad do jamy brzucha wysunąć, szczególniéj jeżeli w danym przypadku zatoka Douglasa daleko niżéj leżała, jak tego się w naszym przypadku domyślamy. Stan porażenny jelit, jaki spostrzegamy często po porodach, a nadto treść jelit, jak kapusta zjedzona kilka godzin przed porodem, przyczyniały się do rozdęcia tychże. W części jelit w zatoce Douglasa leżących ucisk śródścienny musiał się wytworzyć wyższy, aniżeli w jamie brzucha, a temsamem począł zwolna występować ucisk na odbytnicę. Niebawem skutkiem ucisku odbytnicy i następowéj niedrożności powstało rozdęcie okrężnicy, które także musiało utrudniać wydobycie się jelit w zatoce Douglasa leżących. Znaczna bębnica, niedrożność jelit, oddziaływały na stan ogólny choréj, która poczęła gorączkować. W miarę wzrostu bębnicy i w miarę większego napięcia gazów w jelitach cienkich w zatoce Douglasa leżących i coraz więcéj wywieranego ucisku na organa sąsiednie macica musiała zostać wypartą ku górze i ku przodowi, co też podczas badania stwierdzono dnia 5 go po porodzie i w czasie, gdy bębnica ustępowała. Jeżeli weźmiemy nadto pod uwagę okoliczność, że i macica skutkiem zwijania się połogowego musiała się zmniejszać, to musimy przypuścić możność, że zacieśnienie wejścia do zatoki Douglasa mogło w tych warunkach ustąpić i zagłobienie jelit opadniętych ustać. Tym sposobem mógł się wyrównać ucisk śród jamy brzucha i zatoki Douglasa, a temsamem następnie mogły się i gazy wydostać przez uciśniętą odbytnicę. Tłomaczenie to wyjaśnia nam także, dlaczego mimo istniejącéj niedrożności nie przyszło do gwałtownych objawów, tylko wystąpiła znaczna bębnica.

II. Kliniczny przyczynek do etyjologii wiądu rdzeniowego.

Przez

S. Goldflama w Warszawie.

Jak wiadomo w kwestyi etyjologii wiądu rdzenia stoją obecnie naprzeciw siebie dwie teoryje. Jedna, wskazując ogromną częstość kiłowego zakażenia w przypadkach wiądu, przyznaje kile bardzo ważne znaczenie etyjologiczne (Fournier, Erb, Strümpell); druga, któréj głównym przedstawicielem jest Charcot, zalicza wiąd rdzenia do rzędu chorób dziedzicznych (*famille neuropathique*). Podług téj ostatniéj teoryi wiąd dotyka tylko osoby dziedzicznie obarczone, w których rodzinach niejednokrotnie występowały choroby nerwowe *hérédité similaire et dissimulaire ou de transformation*), a kiła gra tylko rolę przyczyny okolicznościowéj, wywołującéj (*agent provocateur*).

Przeciwnicy teoryi przyznającéj kile ważne znaczenie dla powstania wiądu powołują się przedewszystkiem na to, że zmiany znalezione w tej chorobie zupełnie się różnią od spostrzeganych w istotnéj kile rdzenia, jakoteż na zupełną nieskuteczność swoistego leczenia.

Nie mogę w téj spornéj kwestyi przytoczyć takich faktów, któreby na nią zupełnie nowe rzuciły światło, pozwolę sobie wszakże zauważyć, że istnieją dane, które zdają się dowodzić, że przeciwieństwo pomiędzy zmianami patologicznemi w wiądzie i kile rdzenia nie jest tak zasadnicze. — Wszak dotychczas pytanie, czy wiąd rdzenia jest istotnie chorobą systemową, czy sprawa patologiczna bierze początek w elementach miąższowych, czy też w tkance śródmiąższowéj — nie jest ostatecznie rozstrzygnięte. W kile rdzenia sprawa patologiczna ma charakter rozlany, polega ona na zmianach naczyń, które w przypadkach ostrych prowadzą do rozmiękczenia (*myelomalacia*), w przewlekłych do sklerozy z zanikiem pierwiastków nerwowych. Ale i we wiądzie rdzenia często znajdowano zmiany patologiczne w naczyniach. Rumpf[1]) sądzi nawet, że dla pewnéj liczby przypadków wiądu za podstawę przypuścić należy zmiany naczyniowe. Krauss[2]) z pośród 13 mikroskopowo zbadanych przypadków wiądu znalazł 10 razy zmiany w naczyniach, zarówno większych jak i mniejszych, nie wyłączając włosowatych. W przypadku Sidneya Kuha[3]) z kliniki Erba znaleziono obok zmian właściwych wiądowi, jednocześnie i kiłowe zajęcie opon rdzeniowych z wydatnemi zmianami naczyń; podobne zmiany, choć w mniejszym stopniu, istniały tu i w naczyniach samego rdzenia. Leyden w odpowiednim rozdziale Real-Encyklopädie Eulenburga (t. XIX) powiada, że adwentycyja tętnic we wiądzie jest zgrubiałą, i zawiera złogi barwikowe. Adamkiewicz[4]) utrzymuje nawet, że istnieje pewna postać

[1]) *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* Bd XV. H. 2 — [2]) *Neurol. Centralbl.* 1885, S. 49. — [3]) *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* Bd XXII. H. 3. — [4]) *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* Bd X. H. 3 i *Die anatomischen Processe der Tabes dorsalis.* Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. 1884.

wiądu, która się tem cechuje, że zwyrodnienie miejsca w tylnych pęczkach rdzenia odpowiada przebiegowi drobnych tętniczek. Udało mu się mianowicie wykazać, że każdemu paskowi zwyrodnienia ściśle odpowiadał przebieg pewnéj określonéj tętniczki, a całkowita sieć utworzona przez miejsca zwyrodnione odpowiadała siatce drobnych tętnic. Nie mogę jednakże przemilczeć o zdaniu Flechsiga[1]), który twierdzi, że w większości przypadków wiądu (powikłanych porażeniem postępującem) zmiany anatomiczne odpowiadają za rodkowemu rozczłonkowaniu pęczków tylnych, a tem samem nie mogą pozostawać w zależności od przebiegu naczyń.

Eisenlohr[2]) znalazł w 2 nietypowych przypadkach wiądu niewątpliwe zmiany kiłowe, które usadowiwszy się na pewnéj wysokości tylnéj części rdzenia, dawały obraz zbliżony do obrazu zwykle spostrzeganego we wiądzie. Ten sam badacz komunikował na ostatnim zjeździe neurologów i psychijatrów w Baden-Badenie przypadek kiłowego wiądu (*Zur pathologischen Anatomie der syphilitischen Tabes*) u 45 letn. robotnika, przedstawiającego jeszcze 3 rzędne objawy zakażenia. Przy sekcyi znaleziono oprócz typowych zmian w tylnych pęczkach rdzenia jeszcze *meningitis posterior*, *syryngomyelia*, w części górnéj grzbietowéj i nabrzmieniu szyjnem rozprzestrzenioną miażdżycę w całym systemie tętniczym. Wykładający odniósł zmiany tętnicze do kiłowego zakażenia i postawił je w jednym rzędzie ze zmianami w tylnych pęczkach i z *leptomeningitis spinalis*. W przypadku Oppenheima[3]), który początkowo przebiegał pod postacią wiądu, znaleziono pod mikroskopem niewątpliwie kilakowe zajęcie opon rdzeniowych ze znacznem uszkodzeniem samego rdzenia i jego tylnych korzeni, a nadto zajęcie tych samych jąder nerwowych mózgowia (*polienecephalitis*), które i we wiądzie bywają niekiedy dotknięte; oprócz tego znaleziono prosty zanik t. zw. wstępujących korzeni n błędnego — a więc w ogóle zmiany, które „wcale nie noszą na sobie piętna kiłowych". Nieco daléj powiada Oppenheim, że „obok wyraźnie kiłowych zajęć ośrodków nerwowych spotykają się w różnych miejscach układu nerwowego i inne, wcale nie posiadające cech swoistych (zanik jąder nerwów czaszkowych, ich korzeni wewnątrz opuszkowych, szare zwyrodnienie nerwów czaszkowych), są to więc postacie mięszane istotnéj kiły ośrodków układu nerwowego z wiądem rdzeniowym.

Według hypotezy Strümpella[4]), między kiłą a wiądem nie ma takiego bezpośredniego związku, jak n. p. pomiędzy pierwotnem zakażeniem, a trzeciorzędnemi objawami kiły, ale pod wpływem kiłowego zakażenia wytwarzają się w ustroju nieprawidłowe produkty przemiany materyi (toksyny), które posiadają własność stopniowego zwyrodnienia pewnych ściśle określonych pierwiastków nerwowych, podobnie jak się to dzieje w niektórych przewlekłych otruciach, n. p. ołowiem, sporyszem i t. p. A wpływ kiły na pewne twory anatomiczne jest już dawno znany; wiadomo przecież, że t. zw. jądrowe porażenie nerwów gałek ocznych (*Ophthalmoplegia externa nuclearis*) jest często pochodzenia kiłowego (Hutchinson). Zajęcie takież same tych samych jąder widuje się i we wiądzie rdzenia.

Wiele faktów przemawia na korzyść poglądu, że pod wpływem kiły może się rozwinąć odosobnione cierpienie

[1]) *Neurol. Centralbl.* 1890. — [2]) *Festschrift zur Eröffnung des allg. Krankenhauses zu Hamburg* Eppendorf 1889, S. 128. — [3]) *Zur Kenntniss der syphil. Erkr. d centralen Nervensystems.* 1890. — [4]) *Münch. med. Woch.* 1890, Nr. 39.

rogów przednich rdzenia. Świadczą za tem przypuszczeniem anatomicznie zbadane przypadki Déjerinea[1]), Schmausa[2]), jakoteż kliniczne spostrzeżenia Schultza[3]), Eisenlohra[4]), Rumpfa[5]). Według poszukiwań Adamkiewicza[6]) i Kadyjego[7]) jest krążenie krwi tętniczéj w istocie białéj i szaréj od siebie niezależne, a wszystkie wnikające do rdzenia tętniczki należą do rzędu końcowych w znaczeniu Cohnheima. Pozwala to nam zrozumieć, dlaczego przy przeważnem lub wyłącznem cierpieniu tętnicy środkowéj (*art. centralis*) dotkniętą może być tylko pewna ściśle określona grupa komórek zwojowych istoty szaréj.

Co do drugiego punktu, mianowicie co do zarzutu nieskuteczności swoistego leczenia w wiądzie, to wydaje mi się on jeszcze mniéj usprawiedliwionym. Pomyślmy tylko, jak wiele przypadków niezawodnéj kiły rdzenia, tak ostrych jak przewlekłych, opiera się najstaranniejszemu swoistemu leczeniu!

A teraz przejdźmy do naszych spostrzeżeń. W ostatnich czasach miałem sposobność zbadać, dzięki kol. Ostaszewskiemu, dwoje małżonków zarażonych z jednego i tego samego źródła kiłą, a późniéj dotkniętych wiądem.

N. fabrykant kamieni młyńskich, lat 37, w r. 1882 zaraził się kiłą i leczono go wcieraniami. W r. 1884 przebył prawostronne porażenie z afazyją, trzykrotne leczenie wcieraniami w Akwizgranie. Od kilku lat rwące bóle w nogach. Nadużycia *in Baccho*, brak dziedziczności, usposobienie do chorób nerwowych.

Budowa i odżywienie dobre. Chód chwiejny. Objaw Romberga wydatny. Brak odruchów kolanowych i ścięgien Achillesa. Na stopach zmniejszenie czucia bólu. W okolicy nadbrzusznéj uczucie ciśnienia i pełności. Źrenice nierówne, wąskie, oddziaływają słabo na światło, dobrze na akomodacyję.

N. lat 30, żona poprzedniego, nie pozostająca ze swoim mężem w żadnem pokrewieństwie, została przez niego zarażona kiłą przed 9 laty Leczenie swoiste przebyła dopiero przed rokiem. Od 3 lat bóle strzelające w nogach i rękach. Od roku osłabienie nóg i utrudnienie chodu, od pół roku zaburzenia w urynowaniu. Najbardziéj jednak dokucza choréj przykre uczucie parcia w kiszce stolcowéj, jakby wywołane obecnością obcego ciała. Warunków dziedzicznych nie ma. Nigdy nie roniła i jest matką zdrowego 8-letniego chłopca.

Wzrost i odżywienie średnie. Przy leżeniu występuje niezborność ruchów kończyn dolnych, szczególniéj po zamknięciu oczu. Wyraźny objaw Romberga. Brak odruchów kolanowych i Achillesowych. Uczucie opasania na wysokości sutków. Źrenice średniéj wielkości, nieprawidłowéj formy, lewa nieco węższa, leniwo oddziaływają na światło, dobrze na akomodacyję.

Jest to w każdym razie rzeczą godną zastanowienia, że dwoje małżonków, dziedzicznie nie obarczonych i nie zostających ze sobą w żadnych związkach pokrewieństwa, za-

[1]) *Arch. de Physiol. norm. et Pathol.* 1876, p. 430. — [2]) *Deut. Arch f. klin Med* B. 44. p. 244. — [3]) *Berl. klin. Woch.* 1883, Nr. 39. — [4]) *Arch f. Psych. u. Nervenk.* B. VIII, p. 314. — [5]) *Die syphil Erkr. des Nervensyst.* 1887, p. 362. — [6]) *Die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarks.* Sitzb d. k. Akad. des Wiss. in Wien, 1881 i 1882. — [7]) Wprawdzie utrzymuje Kadyj („O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego". Kraków 1888), że tych dwóch obszarów naczyniowych nie można uważać za oddzielne, jednak w innem miejscu powiada, że środkowa część i toty szaréj jest zaopatrywana w krew przez *art. centralis*, obwodowa zaś białéj przez tętnice, które od obwodu do rdzenia wnikają, że obwodowe części istoty szaréj i przyległe części białéj otrzymują gałązki tak od tętnic środkowych jak i obwodowych.

pada na wiąd w kilka lat po zarażeniu kiłowem. Innéj przyczyny jak kiła nie można się było doszukać.

Od czasu ogłoszenia pracy Bergera i Rosenbacha[1]) zwracano niejednokrotnie uwagę na dość częste współistnienie wad zastawkowych serca (zwłaszcza niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty) z wiądem. Leyden[2]) opisał we wiądzie napady dusznicy bolesnéj, które, jak wiadomo, zależą najprawdopodobniéj od zmian w tętnicach wieńcowych serca (Cf. Obrady ostatniego zjazdu medycyny wewnętrznéj w Wiessbadenie 1891). Jak jednak objaśnić to współistnienie dwóch chorób. Otóż, kiła nietylko jest przyczyną znanych zmian naczyniowych w mózgu, ale może wywołać takie same zmiany w całem drzewie tętniczem, także na zastawkach serca, wywołując jego wady. Bardzo ciekawemi też wydają mi się te przypadki, w których obok wiądu istnieje wada serca, a dla żadnéj z obydwóch chorób nie można odnaleźć innéj przyczyny, prócz kiły. Jeden i ten sam czynnik wywołuje w tym razie dwie choroby.

B. obywatel ziemski, lat 49, skarży się głównie na zmniejszenie energii płciowéj, osłabienie nóg, mniéj na duszność. Objawy te rozwinęły się powoli w ciągu ostatnich 3—4 lat. Bólów doznawał tylko w okolicy stolca (uważane za hemoroidalne), rozprzestrzeniały się one na międzykrocze i części płciowe. Przed 15 laty wrzód na członku, objawów wtórnych nie było, zażywał pigułki rtęciowe. Nigdy nie cierpiał na gościec, ani na żadną inną chorobę zakaźną. Jest bezdzietny. Oprócz połowiczego porażenia z niemotą u jednéj z sióstr, żadnych innych chorób nerwowych w rodzinie nie ma.

Budowa dobra, odżywienie średnie, żyły na twarzy rozszerzone. Typowe oznaki niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty ze zwężeniem ujścia. Mocz białka nie zawiera. Objaw Romberga, brak odruchów ścięgnistych, osłabienie wrażliwości na ból na kończynach dolnych. Źrenice dość wązkie oddziaływają na światło.

K. lat 37, buchalter, przed 15 laty na pewno przechodził kiłę, leczył się tylko raz jeden pigułkami rtęciowemi. Od owéj pory bicie serca. Od 6 lat napady bólów strzelających najprzód w klatce piersiowéj, potem w nogach, połączone z przemijającą nadczułością odpowiednich miejsc. Skarży się nadto na odrętwienie 3 ostatnich palców, szczególniéj prawéj ręki i w podeszwach, na znieczulenie kończyn dolnych, (stawy wydają się choremu jakby były gumowe), na biegunkę. Gośćca ani innéj choroby zakaźnéj nie było. Warunków dziedzicznych brak.

Wzrost wysoki, odżywienie mierne. Tętno 100, małe, słabe. Typowe oznaki niedomykalności zastawki dwudzielnéj. Chód dobry, ale w położeniu leżącem występuje niezborność ruchów tak przy zamkniętych jak i otwartych oczach. Objaw Romberga i Westphala. Zdwojenie (naprzód dotyk, późniéj ból) i opóźnienie czucia bólowego. Źrenice bardzo wązkie, p. > l., lewa wcale nie oddziaływa na światło. Przy urynowaniu musi się silnie wydymać. W lewem uchu szum i przytępienie słuchu.

B. właściciel ziemski, lat 44, pozostaje pod moją obserwacyją od kwietnia 1889 r. Przed 26 laty kiła, jednokrotne leczenie swoiste. Przed 20 laty bóle w szczęce dolnéj, karku i lewéj łopatce, które odtąd przy każdéj sposobności występują. Wkrótce potem bardzo silne, napadowe bóle w nogach, trwające do obecnéj chwili, pomimo przedsiębranych kuracyj w Akwizgranie, Badenie, Oeynhausen itd. Przed 6 laty otok opłucnéj z przebiciem się ropy do oskrzeli, wyzdrowienie. Od kilku lat silne napady duszności, połączone z bólami w okolicy sercowéj, które się rozprzestrzeniają w kierunku lewego ramienia. Matka i siostra chorego zmarły na gruźlicę, ojciec na kiłę. Pacyjent jest żonatym i ma dwoje dość wątłych dzieci.

[1]) *Berl. klin. Wschr.* 1879, Nr. 27. — [2]) *Centralbl. f. klin. Med.* 1887, Nr. 1.

Budowa i odżywienie dobre. Klasyczne oznaki niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Mocz c. g. 1026, zawiera białko, nieliczne ciałka krwi i wałeczki ziarniste. Objaw Westphala. Ataksyi nie ma. Źrenice wązkie nie oddziaływają na światło, ale na konwergencyję. 26 i 27 IV. 89 silny napad kolki nerkowéj z krwotokiem, zakończony odejściem małego kamyczka. Lato chory spędził w Maryjenbadzie, gdzie prof. Basch zgodził się na moje na całą sprawę zapatrywanie. Późną jesień i zimę spędza chory w Riwierze, od czasu do czasu pija wodę alkaliczną, przyjmuje jodek potasu. Przy takiéj kuracyi, uregulowaniu życia i dyjety stan zdrowia pacyjenta jest dość zadowalający: napady dusznicy bolesnéj stały się rzadsze i słabsze, kolka nerkowa występowała rzadziéj i z mniejszą siłą, a i napady bólów w nogach zwolniały. Mocz stale zawiera białko od 0·15—0·215‰. Inne objawy (wady serca, Westphala, Argyll-Robertsona) bez zmiany.

We wszystkich 3 powyższych przypadkach wad sercowych (jednej niedomykalności zastawki dwudzielnéj i dwóch aorty, z których jedna powikłana dusznicą bolesną) nie można było stanowczo znaleźć innéj przyczyny, prócz kiły. Należy też przypuścić, że taż sama przyczyna wywołała u powyższych chorych i wiąd rdzenia, dla którego również innego czynnika etyjologicznego znaleźć się nie udało.

Zwracam jeszcze uwagę i na to, że dwóch chorych znajdowało się w początkowym okresie wiądu, że w obrazie chorobowym przeważały objawy wady serca, podczas gdy zjawiska wiądu grały rolę podrzędną.

W następującem spostrzeżeniu były obok niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty i wiądu, jeszcze oznaki włóknistéj postaci suchot płucnych, którą niektórzy badacze uważają za zależną od kiły (t. zw. suchoty płucne przymiotowe cf. prace Virchowa, Beera, Wagnera, Lancereaux, Fourniera, Schnitzlera, Pancritiusa, Sokołowskiego i t. d.). Pacyjent na pewno przebył kiłę.

R. Karol; lat 35, maszynista kolejowy, bez żadnéj dziedzicznéj skazy. W r. 1873 zakażenie kiłowe (objawy wtórne), leczenie pigułkami rtęciowemi i wcieraniami szaruchy. Od 1880 strzelające bóle, głównie w nogach tak silne, że chory chciał się życia pozbawić. Na jesień 1881 zdrętwienie łokciowych palców, uczucie opasania, powtarzające się podwójne widzenie. W lecie 1882 wcierania szaruchy i kąpiele w Busku znakomitą przyniosły poprawę, chory mógł oddać się swemu zajęciu. W styczniu 1883 po zaziębieniu poczuł osłabienie nóg, chód w ciemności zwłaszcza niepewny. W lecie 1883 Busk bez skutku. W 1884 spróbowano ponownie wcierania szaruchą, ale wszystkie objawy uległy pogorszeniu, chory znacznie osłabł. Pierwszy raz widziałem chorego w listopadzie 1884 r.

Umiarkowanéj budowy, podupadłego odżywienia, skóra blado-ziemista, stan bezgorączkowy. Rozedma płuc wysokiego stopnia wraz ze znakami dość rozwiniętych włóknistych suchot płucnych (doły nad i podobojczykowe silnie wciągnięte, oddech osłabiony, w lewéj okolicy nadgrzebieniowéj wydech zbliżony do oskrzelowego, skąpe, wilgotne, dźwięczne rzężenia). Ze strony serca oznaki niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty. W dolnych i górnych kończynach niezborność ruchów, objaw Romberga wydatny, brak odruchów kolanowych, mimowolne kurcze kloniczne mięśni nóg, oddziaływanie elektryczne nerwów i mięśni prawidłowe. Czucie dotykowe i bólowe znakomicie zmniejszone na nogach, tułowiu i przedewszystkiem rękach (prawie zupełna nieczułość). Odruchy podeszwowe, brzuszne, podżebrowe żywe, mosznowe mierne. Przy urynowaniu musi się chory wydymać. Źrenice wązkie, nie oddziaływają na światło ani drażnienia skóry szyi, bardzo słabo na zbieżność.

Chory ten zmarł w początku 1885 r. z wyniszczenia. Sekcyi nie można było zrobić. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Reichel (Würzburg): **O odporności przeciw jadowi koków.**

Analogicznie do powstawania stanu odporności, otrzymywanéj sztucznie wobec zakażenia niektóremi drobnoustrojami, chciał autor osiągnąć podobny stan wobec zakażenia ropnego. W pierwszéj grupie doświadczeń wstrzykiwał on do otrzewny psom hodowle *staphylococcus pyogenes aureus*, począwszy od dawek bardzo małych w odstępach 2—5 dniowych zwiększając stopniowo dawki. Szczepione w ten sposób zwierzęta znosiły w końcu bez reakcyi tak wielkie ilości wprowadzonych hodowli, jakie szybko zabijały wszystkie psy, „kontrolujące“, którym uprzednio nic nie szczepiono.

W drugim szeregu doświadczeń osiągnął autor *immunitas* wobec wytworów przemiany materyi koków ropnych zapomocą wstrzykiwań zupełnie jałowego przesączu z ich hodowli. Wreszcie udawało mu się wytworzyć odporność wobec samych koków przez powtarzanie szczepień wyjałowionych ich produktów. We wszystkich tych doświadczeniach, zwierzęta kotrolujące, to jest podane szczepieniu bez uprzedniéj stopniowéj immunizacyi, prędko ginęły lub przynajmniéj ciężko zapadały.

Odporność nabyta chroni zwierzęta zarówno od wpływu ogólnego na ustrój zakażenia ropnego, jak i od miejscowych spraw zapalno ropnych. Sekcyja psów, padłych po wstrzyknięciu do otrzewny hodowli bez poprzedniego szczepienia stopniowego, wykazuje zawsze rozlane zapalenie krwawo ropne z licznemi wybroczynami w błonie surowiczéj, szczególnie na kresce i sieci. Jeżeli się zabije psa po wstrzyknięciu takiéj saméj ilości hodowli lecz uprzednio immunizowanego, to otrzewna okaże się albo zupełnie prawidłowa albo zawiera nieznaczną ilość wysięku, nieco krwawo zabarwionego.

Analogiczne doświadczenia w tkance podskórnéj dały wyniki znacznie gorsze, chociaż pewną względną odporność można było osiągnąć. Co się tyczy trwałości wytworzonéj odporności, to jest ona stosunkowo krótka, nie przechodzi kilku tygodni; zresztą zbyt mała liczba spostrzeżeń w tym kierunku nie pozwala autorowi czynić ściśle pewnych wniosków. (*Beilage z. Centrbl. für Chirurgie.* 1891 Nr. 26).

Jordan (Heidelberg): **O etyjologii róży.**

Jako potwierdzenie prawie ogólnie dziś przyjętego poglądu co do nie swoistéj bynajmniéj roli *streptococcus erysipelatis* Fehleisena w etyjologii róży podaje autor dwa spostrzegane przez siebie przypadki kliniczne róży, w połączeniu z rozległemi gruczołami ropnemi w różnych miejscach. Obecny stan naukowy téj kwestyi streszcza autor w dwóch punktach:

1) Róża pod względem etyjologicznym nie jest bynajmniéj chorobą wyłącznie swoistą; zwykle wywołuje ją *streptococcus pyogenes*, lecz zarówno może jéj przyczyną być *staphylococcus pyogenes aureus*.

2) Ten czynnik chorobotwórczy dostaje się w każdym przypadku do obiegu krwi; dlatego też ropnicę, występującą w końcu przebiegu róży, uważać należy za pierwotną (etyjologicznie), a nie za zależną od zakażenia mięszanego (*Mischinfection*). (*Beilage z. Centrbl. f. Chirurgie* 1891 Nr. 26.)

L. Kryński.

Patologija.

W. Janowski (Warszawa): **O zmianach anatomicznych w pęcherzu żółciowym pod wpływem kamieni.**

Na podstawie zbadanych przez się 16 tu przypadków przewlekłych chorób pęcherzyka żółciowego rysuje autor następujący obraz mikroskopowy zachodzących tamże zmian. Przedewszystkiem ulega zmianie część ściany pęcherzyka, bezpośrednio stykająca się z kamieniami, t. j. przybłonek błony śluzowéj. Komórki jego ulegają coraz większemu spłaszczeniu, granice między niemi stają coraz mniéj wyraźne, treść coraz więcej wodnistą i mętną, wreszcie odpadają na coraz większej przestrzeni. Zmiany te występują w okresach dość wczesnych i rozszerzają się prawdopodobnie prędko, gdyż w większości badanych przypadków przybłonek był prawie zupełnie stłuszczony. Sama tkanka błony śluzowéj początkowo nacieczona jest komórkami drobnemi, późniéj zaś występują zjawiska włóknistego jéj zwyrodnienia. Im sprawa daléj postępuje, tem liczba komórek w błonie śluzowéj staje się mniejszą, ilość zaś włókien tkanki łącznéj większą i mniéj się uwydatniają naczynia krwionośne; włókna stają się coraz grubsze, przybierają kierunek równoległy, wreszcie tworzą jednostajną, zbitą masę. Wskutek takiego zwyrodnienia bliznowatego fałdy błony śluzowéj wygładzają się coraz bardziéj, sama ona cieńczeje i zanika. Niekiedy powierzchnia ulega owrzodzeniu różnéj wielkości i głębokości. Za warunek sprzyjający tworzeniu się ubytków powierzchni uważa autor uwięźnięcie kamieni, wywołujące rodzaj odleżyny, od któréj sprawa posuwa się daléj. Nie bez znaczenia pod tym względem bywa sama żółć, chemicznie zmieniona, zarówno jak i charakter tkanki przy tak upośledzonem odżywianiu. Znacznie rzadziéj zdarzają się zjawiska rozrostowe, zwykle w postaci wybujałości brodawkowych, na których znaleść można nierzadko inkrustacyje z soli żółciowych. Jednym jeszcze wreszcie wynikiem bujania składników błony śluzowéj jest utworzenie się raka; raki pęcherzyka żółciowego, należące wogóle do zjawisk dość rzadkich w Warszawie, spotykają się stosunkowo dość często. Związek ich przyczynowy z kamieniami nie ulega wątpliwości. Charakter tego nowotworu, zwykle bywa twardy, zanikowy, bardzo zaś rzadko miękki (*carcionoma medullare*).

Co się tyczy zmian w pozostałych warstwach ściany pęcherzyka, to błona mięsna ulega z początku przerostowi, który stopniowo się zmniejsza i zanika; obydwa zjawiska te, następujące po sobie, stoją w związku z usilną pracą ściany pęcherzyka nad opróżnieniem go z zawartości. Wreszcie warstwa tkanki łącznéj ulega stopniowo coraz silniejszemu zwyrodnieniu włóknistemu i zgrubieniu; to ostatnie jednakże nie pozostaje w żadnym stałym stosunku do zmian w innych częściach składowych pęcherzyka żółciowego. (*Gazeta Lekarska* Nr. 8, 9, 1891). *L. Kryński.*

Farmakologija.

Prof. Schwimmer (Budapeszt): **Działanie lecznicze przetworów sozojodolowych, w szczególności hydrargrum sozojodolicum**

Przetwory sozojodolowe wprowadzone do skarbca lekarskiego zyskały sobie wzięcie zaraz po pierwszych doświadczeniach ze środkiem tym wykonanych, gdyż dwa główne składniki o wybitnem działaniu, mianowicie jod i kwas karbolowy, znajdują się tu w odpowiedniem połączeniu chemicznem. Dawniéj znane derywaty jodu w karbolu jak *jodfenol* itp. z powodu przykrego zapachu i własności drażniących okazały się niezdatnemi.

Sozojodol zawiera 58% jodu, a w miejsce trującego fenolu 20% kwasu sulfokarbolowego, jest bez zapachu, w wodzie i glicerynie łatwo się rozpuszcza, nie rozkłada się pod wpływem swiatła i łatwo można go łączyć z innemi środkami.

Otrzymawszy od firmy Trommsdorf w Erfurcie przetwory sozojodolowe, rozpoczął S. szereg badań, których wyniki po 1½ letnich obserwacyjach obecnie ogłasza:

I. *Zincum sozojodolicum* w roztworze wodnym 0·5—1% stosował autor w licznych przypadkach rzeżączki ostréj i przewlekłéj. W ostréj rzeżączce, podczas ustępowania okresu zapalnego (w 5—7-ym dniu) zauważał autor po 3—4 wstrzykiwaniach dziennie, wpływ korzystny; wydzielina się zmniejszała, bolesność znikała. W przewlekłéj rzeżączce dobre usługi oddawał ten przetwór w połączeniu z salicylanem bizmutowym. W nielicznych przypadkach nieżytu zapaleń błony śluzowéj nosa i gardła zastosowany, okazał znakomite działanie ściągające.

II. *Natrium* i *kalium sozojodolicum*. Sole te stosowano jużto jako posypkę, jużteż w postaci maści w chorobach samoistnych skóry (oparzeniach, w zranieniach, w *ecthyma* i cierpieniach konstytucyjnych), jak w owrzodzeniach kiłowych. W przypadkach pierwszego rodzaju wynik był lepszy niż w owrzodzeniach natury kiłowéj, w których środek powyższy okazał się bezskutecznym,

III. Najwięcéj stosował prof. S. *hydrargyrum sozojodolicum* i to w 230 przypadkach kiły konstytucyjnéj, które w ciągu 1 ½ roku wyłącznie tylko wstrzykiwaniami tego środka leczył (*Rp Hydrarg. sozojodol. 0·80, kali jod. 1·60, aq. dest. 10·00 MDS.* do injekcyi).

Wyniki, które autor tym środkiem osiągnął, były świetne 1) Zmiany kiłowe pierwotne ustępowały szybko, a wtórorzędna kiła występowała późnéj, albo w bardzo słabem nasileniu, albo zupełnie ukrycie tak, że autor twierdzi, iż żadną metodą, (chyba tylko wcieraniami) nie można w tak krótkim czasie tak zadowalających rezultatów osiągnąć. 2) Zmiany wtórorzędne (wysypka kiłowa, kłykciny) ustępowały pod wpływem wstrzykiwań nadzwyczaj szybko (6 injekcyj). 3). Wreszcie w trzeciorzędnéj kile i to w kilakach powłok zewnęrznych stosowanie *hydrarg. sozojodol.* musiano przerywać z powodu zbytniego osłabienia chorych i dlatego wyniki były ujemne.

Na podstawie przytoczonych wyników autor uważa hydrargyrum sozojodolicum jako jeden z najlepszych środków przeciwkiłowych, który w postaci wstrzykiwań podskórnych rozwija działanie bardzo energiczne i nie ustępuje żadnym środkom stosowanym podskórnie. Nadto ma środek ten tę ważną zaletę, że jest łatwo rozpuszczalnym, i rtęć przy stosowaniu go łatwo do ustroju wchodzi. (Osobne odbicie z *Wiener klinische Wochenschrift* 1891).

Dr. Beck.

Prof. Mosengeil (Bonn): **Salipyryna środek przeciw influenzy.**

Prof. Mosengeil zauważył, że antipyryna stosowana podczas ostatniéj epidemii influenzy, w przypadkach, gdzie brak podwyższenia ciepłoty, działa jako trucizna sercowa i osłabia nadzwyczaj ustrój dotknięty jadem influenzy. Natomiast udało mu się w salipyrynie, przetworze wyrabianym i w handel wprowadzonym przez fabrykę chemiczną F. D. Riedla w Berlinie, znaleść środek specyficzny przeciw influenzy. Prof. Mosengeil stosował salipyrynę u siebie i wielu chorych ze znakomitym skutkiem w dawce 1—2 gr. Zachęcony dobrym wynikiem, jak autor powiada, przez wdzięczność dla tego środka, stosował go autor i w innych cierpieniach zakaźnych nie połączonych z gorączką, a mianowicie w t. zw. zaziębieniu i ostrym nieżycie nosa. W przypadkach tych salipyryna działać miała znakomicie. Chorzy, którzy zazwyczaj dłuższy czas dręczeni byli tem cierpieniem, wyzdrowieli pod wpływem salipyryny bardzo szybko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891, Nr. 26). Dr. *A. B.*

Dr. Stein: **Doświadczenia nad wydzielaniem się rtęci z organizmu.**

Rtęć wprowadzona do organizmu w celach leczniczych wydziela się z niego nader powoli, najpowolniéj jednak po stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych. Paschkis wykazał obecność rtęci w moczu jeszcze w 13 lat po leczeniu rtęciowem. Doświadczenia, które autor podjął na chorych, wykazały iż po 30 dniach 10 ta część podanéj rtęci z moczem i kałem uchodzi. Jeżeli miał przed sobą przypadki z nawrotami, wprzód nim przystąpił do nowego leczenia, badał, o ile jeszcze wydzielanie rtęci występuje. We wszystkich takich przypadkach rtęć w moczu znajdował, co jest dowodem nieustannego, a powolnego eliminowania rtęci z organizmu (*Wr. kl. Wschft.* 1890, Nr. 52).

Choroby weneryczne i skórne.

Teufert (Halla): **Pemphigus vulgaris et acutus.**

Na podstawie długoletniego doświadczenia czyni autor następujące wnioski:

1) *Pemphigus vulgaris* występuje symetrycznie na obydwóch połowach ciała.

2) Pęcherze umiejscowiają się w kierunku przebiegu całych pni nerwowych.

3) Początek choroby powstaje często po urazach nerwów, przyłącza się także do istniejących newralgij lub schorzeń mózgowo-rdzeniowych. Badanie anatomiczne stwierdza, że treść pęcherzów zawiera mało czerwonych, a znaczną ilość białych ciałek krwi i tłuszczowo zwyrodniałe komórki przybłonkowe *rete Malpighi.* Barwy jasno żółtéj, bez woni o. c. g. 1·0196, oddziaływania alkalicznego, zawiera, surowica pęcherzów więcéj sodu niż potasu, trochę mocznika, dużo białka, paraglobuliny, a mało tłuszczów. U podstawy pęcherzów brak wszelkich objawów zapalnych, tylko warstwa brodawkowa jest nieco zanikłą.

Śródbłonek naczyń i gruczołów potnych w częściach skóry chorobowo zajętych jest przerosły i zaćmiony. Nerwy skórne okazują rozpad pochewek rdzeniowych, nitek osiowych i naciek komórkowy w osłonkach Schwanna. Nerwy pomiędzy ogniskami chorobowemi w zdrowéj skórze się znajdujące nie okazują zmian żadnych. W niektórych okolicach mózgu i rdzenia pacierzowego jakoteż w zwojach nerwu współczulnego znajdują się wśród przebiegu *pemphigus* ogniska stwardniałe (Sirski-Dejérine). Na tej podstawie dojść musimy do tego wniosku, że *pemphigus vulgaris* jest trofoneurozą, tak samo jak *erythema exsudativum, lupus erytematosus, urticaria, herpes iris, zoster* i t. d. Prócz jednak chorobowego stanu nerwów koniecznem jest także pewne usposobienie w budowie saméj skóry. Usposobienie to polega na niedostatecznéj zbitości pojedynczych włókien *corium* czyli rozluźnieniu ich, a co zatem idzie, niedostateczna spójnia między przyskórkiem a skórą właściwą. Najlepszym na to dowodem jest pęcherzyca noworodków, ktora jak wiadomo, powstaje często po nieznacznych podrażnieniach mechanicznych lub termicznych. Badania bakteryjologiczne, szczepienia i tworzenia kultur dały wyniki ujemne (Dähnhardt).

Aczkolwiek Hebra niechciał uznać *pemphigus acutus foliaceus* za odrębną chorobę, to przecież dzisiejsza nowa szkoła temu zdaniu hołdować nie może. Pęcherzyca ostra w przebiegu swoim zdradza wszelkie znamiona choroby ostréj zakaźnéj, — dreszcze, wysoka ciepłota, zajęcie i ból głowy, majaczenia, drgawki i wymioty — oto znamiona zatrucia jakimś jadem. W nerwach, mózgu i rdzeniu pacierzowym nie znalazł Adamkiewicz zmian żadnych w (przeciwieństwie do *pemph. vulg.*, ale za to Spielmanns wykazał znakomite zmiany w błonie śluz. żołądka, stłuszczenia wątroby i nerek, znaczne powiększenie śledziony z rozkładem ciałek krwi połączone. Spielmanns i Adamkiewicz znaleźli prócz tego w surowicy pęcherzów laseczniki podobne do połogowych. Tomasoni przypuszcza także tworzenie się leukomainów. (*Müncher m. Woch.* Nr. 34 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

Choroby uszne.

Prof. Kirchner (Würzburg): **O powstawaniu cholesteatomatu.**

Ziółciołojak (*cholesteatoma*) kości skroniowéj jestto szczególny guz przyskórkowy, coraz się zwiększający, rozwijający się zwykle w następstwie przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego, który wobec nietamowanego wolnego wzrostu niszczy tkankę kostną i sprowadza nareszcie zejście śmiertelne z powodu zakrzepicy zatok, zapalenia opon lub ropnia mózgowego. Jako uderzający i szczególnie dla leczenia ważny objaw podnosi autor jego uporczywość i częstość nawrotów. Nawet po najstaranniejszem wydaleniu wszystkich dostępnych części schorzałych i po dokładnem zabliźnieniu bł. śluzowéj jamy bębenk. i bez uprzedzających objawów odnowionego zapalenia i ropienia pierwéj lub późniéj pojawiają się bryły cholesteat. Jako przyczynę trzeba przypuścić, że resztki pozostałe w odpowiednich warunkach mogą dać pobudkę do nawrotu całéj sprawy chorobowéj. W poszukiwaniach nad ziółciołojakiem uderzyło autora, że masy tego nowotworu wnikają głęboko w tkankę kostną i napełniają kanaliki kostne Haversa nawet w miejscach jeszcze zdrowych kości. To głębokie wnikanie w naczynia kości może tłomaczyć uporczywość i częstość nawrotów tego cierpienia i skutkiem tego przy zabiegu operacyjnym uważać należy na to, aby jak najwięcéj z kości pozornie jeszcze zdrowéj oddalić, żeby, o ile można wszelkie szczątki cholesteatomatu usunąć. (*Inter. klin. Rundsch.* 1890, Nr. 37). *Dr. Spira.*

Choroby wewnętrzne.

Ungar: **O leczeniu krztuśca chininą.**

Na podstawie doświadczenia doszedł autor do przekonania, że chinina jest środkiem specyficznym dla krztuśca,

bo zmniejsza liczbę i natężenie napadów i o wiele rzadziej występują powikłania ze strony narządu oddechowego. Autor podaje dzieciom niżej roku 3 razy dziennie po tyle ctg., ile dziecko ma miesięcy, starszym dzieciom po tyle dcg. ile dziecko ma lat. Nie przekracza jednak dziennéj dawki 1,2. Wyjątkowo u silnych dzieci i przy bardzo rozwiniętéj chorobie podaje 1·5. Gdy wystąpi polepszenie, zmniejsza stopniowo dawkę jednorazową i dzienną. Autor nie widział szkodliwego wpływu tego środka na trawienie, słuch, wzrok, układ nerwowy i skórę, rzadko tylko przyspieszenie czynności serca, ale czy to jest wpływem chininy czy saméj choroby, nie jest rozstrzygniętem. Szkodliwy wpływ przypisuje albo złemu preparatowi albo brakowi wolnego kwasu solnego w żołądku. Dla pokrycia smaku radzi dzieciom niżéj 4 lat podawać w kapsułkach, młodszym w roczczynie wodnym z dodatkiem *syrup. rubi idaei* i kilku kropel kwasu solnego, w ostatecznym razie i w lewatywie, albo lepiej podskórnie, używa w tym celu *chinin. bimuriaticum.* (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. Nr. 18.) *D. F.*

IV. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Z kolei wygłosił odczyt Dr. J. Surzycki: „O nerwicach urazowych na podstawie przypadków obserwowanych w klinice lekarskiej krakowskiej.“

Praca ta podjęta została wspólnie z Dr. Momidłowskim, który z Dr. S. niektóre przypadki w klinice badał. Materyjał dotyczy 19 przypadków, przeważnie urzędników kolejowych niższych stopni, którzy dla dokładnego lekarskiego *parere* byli badani całemi miesiącami, nim orzeczenie mogło być wydane. Objawy u nich prawie zawsze jednakowe z większem lub mniejszem nasileniem w zakresie tych lub owych nerwów lub zmysłów obok całego szeregu nieuchwytnych zboczeń, niedających się przedmiotowo wykazać. Najczęstsze zboczenia były w czuciu, w powiększeniu odruchów ścięgnistych, rzadziej już w ruchach, przyczem u niektórych dał się wykazać niedowład w pojedyńczych kończynach i drżenie przy spokoju. Najważniejszą zmianą, jednak nie u wszystkich dającą się wykazać, było ścieśnienie pola widzenia dla światła białego, zielonego i czerwonego.

Przebieg tych przypadków był w ogóle niekorzystny tak co do trwania jak i wyleczenia, a jeden nawet przypadek zakończył się śmiercią. Na podstawie tych obserwacyj możnaby rozróżnić trzy kategoryje przypadków: do 1-éj grupy należeliby tacy, którzy w skutek wstrząsu moralnego doznają następnie objawów neurastenii lub hysteryi, do 2-éj ci, którzy ulegli jakimś niedającym się ściśle zbadać i określić zboczeniom molekularnym w systemie mózgordzeniowym i u takich zwykle przebieg bywa bardzo niekorzystny, a do 3-éj grupy wliczemby zostali symulanci, którzy na zasadzie doznanego wstrząśnienia chcą ciągnąć materyjalne korzyści.

Wykrycie symulacyi bardzo nieraz trudne a nieraz wprost niemożebne, bo żadne zboczenie samo dla siebie nie cechuje nerwicy urazowéj.

Prelegent przedstawia trudności w wystawianiu orzeczeń lekarskich i radzi trzymać się zasady *in dubiis mitius.*

W dyskusyi Doc. Piotrowski, omawiając nerwice pod względem klinicznym, zwraca uwagę na pewne postacie, z których jedna zbliża się do histeryi, inna do neuroz i wspomina o niektórych objawach pominiętych przez prelegenta. Nadto wskazuje mowca na trudność wykrycia symulacyi; wahania, jakie znajdujemy często śród badania, nie są wcale dowodem, że chory udaje i dlatego zarzuca prelegentowi, że zbyt pochopnie, nie opierając się na pewnych faktach, przypuszcza za często symulacyję.

Dr. Dunin radzi odróżniać nerwice urazowe od chorób nerwowych o podstawie anatomicznéj, które także nierzadko powstają na tle urazu. Symulacyja jest zdaniem Dra D. o wiele rzadszą, niż powszechnie lekarze przypuszczają.

Dr. Zieliński wspomina o przypadku nerwicy urazowéj wyleczonéj za pomocą hypnozy. W tym przypadku objawy chorobowe (napady histero-epileptyczne) przypisać należy autosuggestyi.

W dalszéj dyskusyi zabierali jeszcze głos Dr. Piotrowski i prelegent, omawiając pojedyncze jeszcze szczegóły téj nadzwyczaj ważnéj dla lekarzy zwłaszcza sądowych i kolejowych kwestyi.

Odczyt ten uzupełniony szczegółami z historyi chorób będzie wkótce ogłoszony drukiem.

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie IV. Przewodniczący Dr. Stankiewicz.

I Wykład Dra Stankiewicza: „O leczeniu *genu valgum* i *genu varum* za pomocą wypiłowania odpowiednich kłykciów kości udowéj (z demonstracyją odlewów)“.

Po krótkiéj wzmiance o etyjologii tego cierpienia i o używanych dotąd sposobach leczenia, z których najważniejszą jest osteotomija Oxtona lub Mac Ewena, przytacza prelegent dwa przypadki, w których zapomocą osteotomii nie doszedł do celu i z tego powodu wykonał inną operacyję. Otworzył mianowicie staw kolanowy, przeciął więzadła boczne i odpiłował odpowiedni kłykieć kości udowéj; sprostowawszy kończynę, zaszył ranę. W obu przypadkach (w jednym z nich było zapalenie chroniczne stawu kolanowego) przebieg był bardzo szybki, a wynik piękny. Kończyna jest zupełnie prosta, a dążność do kontraktury zwalczał prelegent mięsieniem i wykonywaniem ruchów biernych.

W dyskusyi dr. Szuman wspomina o dobrych wynikach, otrzymanych przez siebie i innych zapomocą osteotomii Oxtona.

II. Wykład dra Stankiewicza: Cryptorchismus jako przyczyna powstawania i uwięźnięcia przepuklin pachwinowych.

Prelegent opisuje dwa przypadki *cryptorchismus*, w których prawe jądro zostawszy w kanale pachwinowym dało powód do powstania przepukliny pachwinowéj i uwięźnięcia tejże. W jednym z tych przypadków wykonał dr. St. hernijotomiję z podwiązaniem worka przepuklinowego i wycięciem zanikłego jądra, w drugim zaś tylko hernijotomiję. Wynik w obu przypadkach był pomyślny.

W dyskusyi dr. Ziembicki zwraca uwagę na zalecaną obecnie orchitopeksyję, tj. operacyję mającą na celu przemieszczenie jądra ukrytego w prawidłowe położenie do worka mosznowego. Operacyję tę wykonać można po przecięciu *m. cremaster*, jeżeli sznur nasienny jest dość długi. W przeciwnym razie nie należy się wzdrygać przed wycięciem jądra, które zazwyczaj bywa zwyrodniałem.

W dalszéj dyskusyi przemawiają prof. Obaliński i Kosiński, podając przypadki ciekawe z własnéj praktyki.

III. Dr. Stankiewicz demonstruje niektóre narzędzia chirurgiczne.

IV. Wykład prof. Rydygiera: O *ectopia vesicae* (z demonstracyją).

Prelegent wylicza i rozbiera krytycznie 23 dotąd podanych sposobów leczenia tego przykrego cierpienia i w końcu opisuje metodę operacyi przez siebie podaną.

W dyskusyi zabiera głos dr. Stankiewicz winszując prof. Rydygierowi téj nowéj metody, która według przekonania mowcy po udoskonaleniu do bardzo dobrych wyników doprowadzi.

Po wyjaśnieniu danem przez prelegenta prof. Kosińskiemu nastąpił:

V. Wykład dr. Bayącza: „O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Senna i inwaginacyi w chirurgii żołądka i jelit (z demonstracyją).

Na podstawie doświadczeń wykonanych na psach poleca prelegent gorąco wykonywanie enteroanastomozy zapomocą metody podanéj przez prof. Senna, tj. zapomocą zakładania szwów płytkowych z kości odwapnianéj. Wyniki tych doświadczeń doprowadziły go do następujących wniosków:

Gastroenterostomija powinna być wykonaną tylko sposobem szwów płytkowych Senna; w przypadkach zgorzeli jelit wobec zapadu chorego należy i resekcyję wykonać zapomocą szwów płytkowych; w niektórych przypadkach rzyci sztucznej powinna resekcyję zastąpić enteroanastomoza; podobnie i w przypadkach zwężenia jelita lub nowotworu szczególnie kiszki ślepéj. Jako najważniejsze zalety téj metody przytacza prelegent szybkość nadzwyczajną, z którą da się ona wykonać (twórca jéj nazwał ją *„methode rapide“* i możliwość dokładnego złączenia odpowiednich części jelit.

Prof. Rydygier jest przeciwnym zakładaniu szwów sposobem Senna; albowiem jakkolwiek sama operacyja trwa nieco krócéj, to przygotowanie do niej jest długie (płytki odwapniają się kilka tygodni) i żmudne a antyseptyka niepewna. Im prostszy aparat do szycia, tém lepszy. Że te szwy dobrze trzymają u psów, to jeszcze nie dowodzi ich wyższości nad zwyczajnym szwem jelitowym. U psów szwy o wiele lepiej trzymają niż u ludzi, u których nadto operujemy jelito zazwyczaj chore.

Dr. Podgórski uważa szew ten za niebezpieczny z tego powodu, że może wywołać zwężenie jelita.

Prof. Kosiński zwraca uwagę na ujemną stronę szwu płytkowego polegającą na tem, że nie ma się pewności, czy szew należycie za ściśnięto. Ucisk za wielki płytek może być szkodliwym.

Dr. Wehr wyraża nadzieję, że dalsze doświadczenie może metodzie Senna zapewnić w przyszłości powodzenie.

Prelegent zbija mniemanie, jakoby przygotowanie do operacyi było bardzo nużące i wiele czasu zajmowało. Ponieważ takie operacyje nie zdarzają się zbyt często, można na długi czas mieć przygotowany zapas płytek przeciowanych w alkoholu z gliceryną, a nawet już nawleczone igły, które w płynie tym prawie wcale nie rdzewieją. Mylne jest także zapatrywanie, że operacyja ta nie jest przyjętą, owszem, wykonywają ją w Anglii. Różnica w trwaniu operacyi jest tak znaczną, że podczas gdy resekcyja jelita wymaga do wykonania przynajmniéj $1^1/_2$ godziny, to enteroanastomoza trwa wszystkiego 10 minut.

II. Dr. Wehr demonstruje przypadek bardzo znacznego przykurczenia ręki 10 lat trwającego, operowany z pomyślnym skutkiem.

W dyskusyi dr. Bogdanik opisuje przypadek z swéj praktyki. Nadto przemawiają jeszcze prof. Kosiński, prof. Rydygier i dr. Wehr.

VII. Dr. Wołkowicz okazuje odlew kikuta po amputacyi metodą Pirogow-Taubera i opisuje bliżéj sposób wykonania téj operacyi będącéj modyfikacyją metody Pirogowa, podając jéj zalety.

Następnie demonstruje dr. Wołkowicz preparat zadawnionego poprzecznego złamania rzepki.

W ożywionej dyskusyi, która głównie toczyła się o to, czy w przypadkach złamania rzepki zakładać szew kostny, czy lepiéj leczyć inną drogą, zabierali głos: drowie Mostowski, Bogdanik, Barącz, Ziembicki, Stankiewicz, Szuman, Wołkowicz i Tchorznicki, poczem na wniosek prof. Rydygiera uchwalono, aby z powodu krótkości czasu nad dalszemi wykładami nie było dyskusyi.

Dr. Wołkowicz wygłosił odczyt: „W kwestyi broni systemu Manlichera“ okazując kule i preparaty.

VIII. Wykłady dr. Dembowskiego: a) Przyczynek do wycięcia raka migdałka“ i b) „Plastyka wobec defektów wargi i policzka“.

IX. Wykład dr. Szumana: „O użyciu lyzolu w chirurgii operacyjnej“.

Na podstawie własnych spostrzeżeń w ciągu $^1/_2$ roku poleca prelegent nowy ten środek przeciwgnilny do zastosowania. Doświadczeń bakteryjologicznych z środkiem tym nie wykonywał, natomiast stosował go do przepłukiwania ran podczas i po operacyi jam gruźliczych, jamy otrzewnowej, przy laparatomii próbnéj z powodu gruźlicy otrzewny z korzystnym wpływem dezynfekcyjnym. Żadnych objawów zatrucia dr. S. nie spostrzegał. Do przepłukiwań używał roztworu 0·5%, do mycia rąk i pola operacyjnego 1%. Aby płyn był przeźroczysty, należy używać wody destylowanej do roztworu lysolu.

Odczyt dr. Wachholza: „Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową“ był umieszczony w Przeglądzie Lekarskim“.

Prof. Rydygier dziękując członkom sekcyi za liczny udział w pracach jéj, zamknął ostatnie posiedzenie sekcyjne, zapraszając zarazem do równie licznego udziału w przyszłym Zjeździe chirurgów polskich.

Sekcyja ginekologiczna.

Posiedzenie IV. Przewodniczący prof. Tyrchowski.

I Wykład dr Kurtza: O użyciu tyolu w ginekologii.

W ciągu 3 miesięcy stosował prelegent tyol w 47 przypadkach, z tych 17 ściśléj obserwował. Dr. K. używał środka tego w postaci tamponów, czopków, maści oraz pędzlowań i na podstawie spostrzeżeń swych doszedł do wniosku, że tyol działa bardzo korzystnie w zapaleniu błony śluzowéj macicy i w zapaleniach okolomacicznych że wyleczenie następuje bardzo szybko bo w 2–3 tygodni. Tyol ma jeszcze tę wyższość nad innemi środkami np. ichtyolem, że nie sprawia bólu ani palenia, nie ma przykréj woni, plamy przezeń sprawione łatwo dają się wyprać; ma tylko tę wadę, że jest drogi.

II. Wykład dr. Święcickiego: „O operacyjnem leczeniu tyłozgięć macicy“.

Prelegent zastanawia się nad znaczeniem tyłozgięcia, któremu niektórzy odmawiają znaczenia patologicznego, omawia różne sposoby lecznicze i wreszcie podaje swój projekt operowania. Dr. S. radzi mianowicie nacinać sklepienie przednie a po odprowadzeniu macicy w prawidłowe położenie wkładać tampon z wyskokiem do przedniego sklepienia. Wyskok, drażniąc tkankę, wywoła zapalenie zlepne, a następnie zrost który ustali macicę w prawidłowem położeniu.

W dyskusyi dr. Borysowicz przyznaje, że metoda opisana, jeżeli da rezultaty dobre, będzie rzeczywiście najprostszą z dotąd zalecanych. Zachodzi jednak wątpliwość, czy macica ruchoma odprowadzona pozostanie w prawidłowem położeniu i dlatego radzi założyć krążek wewnątrzmaciczny i zarazem pochwowy.

Dr. Kohn i dr. Natanson również chwalą projekt prelegenta, jednakże zwracają uwagę, że w obec tyłozgięcia macicy nie często jest wskazaną operacyja, gdyż można inną drogą również dojść do celu.

III. Dr. Bylicki wspomina o przypadku ciąży, podczas któréj w pierwszych miesiącach występowały typowe bóle porodowe. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono, że podczas bólu macica twardnieje; znaleziono nadto nadzwyczaj wielką pobudliwość nerwową i podniesienie odruchów. Zastosowano antypirynę, brom, kąpiele cieple bez skutku.

W dyskusyi dr. Borysowicz i dr. Natanson opowiadają o analogicznych przypadkach.

W końcu dr. Borysowicz demonstruje kilka przyrządów ginekologicznych własnego pomysłu. poczem przewodniczący, dziękując prof. Madurowiczowi za przygotowanie i ułożenie materyjału do obrad sekcyi zamknął ostatnie posiedzenie.

Sekcyja okulistyczna.

Posiedzenie IV. Przewodniczący dr. Hlasko.

I. wykład dra Kamockiego. Przypadek przerostowego zapalenia naczyniówki woku z przyrośnięciem tęczówki.

Prelegent opisuje przypadek, w którym po irydektomii przyszło do owrzodzenia i przebicia ściany gałki; a badanie oka wyłuszczonego z powodu bólów w przebiegu *irido-cyklitis* wykazało guzek w naczyniówce o utkaniu mięsaka drobno-okrągło-komórkowego i liczne drobne podobne ogniska. Dr. K. uważa zmiany te za zapalne.

W dyskusyi zabierają glos dr. Marcisiewicz, dr. Sroczyński i prelegent.

II. Dr. Kamocki opisuje i demonstruje preparaty drobnowidowe z 3 przypadków pęknięć urazowych twardówki, przyczem daje pogląd krytyczny na dotychczasowe teoryje tłumaczące mechanizm tych pęknięć, mieszczących się zawsze na brzegu rogówkowo-twardówkowym od góry i nosa.

W dyskusyi zaznacza dr. Sroczyński, że, aczkolwiek rzadko, wydarzają się przecież przypadki pęknięcia w tylnym odcinku gałki, na dowód czego przytacza przez siebie spostrzegany przypadek z kliniki krakowskiéj.

Prof. Rydel sądzi, że w przypadku tym mogło się rozchodzić o „*hypotomia traumatica*", a nie pęknięcie twardówki.

W dalszej dyskusyi biorą udział drowie Ziemiński. Kamocki i Sroczyński.

III. Wykład dra Sroczyńskiego: „Kilka słów o cięciu przy ekstrakcyi zaćmy twardéj".

Porównywając 3 modyfikacyje cięcia t. j. cięcie rogówkowe Gałęzowskiego, cięcie Weckera i cięcie płatowe obwodowe z płatem spojówkowym, dochodzi prelegent na podstawie dwu-letniego doświadczenia do przekonania, że pierwszy rodzaj cięcia, jakkolwiek ułatwia samą operacyję, nie wytrzymuje porównania z dwiema ostatniemi modyfikacyjami. Opaźnia bowiem zagojenie się ranki, prowadzi do częstych wgłobień tęczówki i wysokiego astygmatyzmu. Korzyści łatwéj manipulacyi z cięciem 1. dzieli cięcie 2. bez niepożądanych następstw 1. Cięcie 3. zapewnia natomiast szybkie zgojenie ranki i przyczynia się obecnością płatu spojówkowego do uniknięcia infekcyi następowowéj, dlatego zaleca je prelegent we wszytkich przypadkach, gdzie, jak w cierpieniach przewlekłych spojówki i woreczka łzowego, musimy się bardziéj liczyć z możliwością takiéj infekcyi.

W dyskusyi przemawia dr. Ziemiński, który nie widział po cięciu Gałęzowskiego tak znacznego opóznienia w gojeniu jak prelegent, przypuszcza zatem, że mogło to zależeć od różnic w dalszych aktach operacyi, być może od tego, że Gałęzowski nie wycina tęczówki.

Prof Rydel nie zgadza się z tem zapatrywaniem, wykonywanie bowiem irydektomii może tylko korzystnie wpłynąć na przebieg następowy, zmniejszając skłonność do opadnięcia tęczówki.

Dr. Kamocki potwierdza spostrzeżenie prelegenta, zwłaszcza ze względu na utrudnione gojenie się ranki we wszystkich przypadkach, gdzie choć nie z umysłu cięcie wypadło w rogówce przeźroczystéj.

Dr. Sroczyński zastrzega się co do tego, jakoby wydawał sąd o metodzie Gałęzowskiego, w ogólności mówił tylko o względnéj wartości różnych modyfikacyj cięcia w równych warunkach przy równoczesnéj irydektomii.

Sekcyja medycyny teoretycznéj.

Posiedzenie IV. Przewodniczący Doc. Obrzut:

I. Wykład dra Karlińskiego: „Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi".

Doświadczenia prelegenta podjęte z czystemi hodowlami prątków durowych, z kałem durowym i narządami osób zmarłych na dur brzuszny, z ziemią zjałowioną i niezjałowioną, wykazały, że prątek durowy zachowuje żywotność swą w ziemi daleko dłużéj niż w wodzie. Przesiąknięcie ziemi wodą wpływa niszcząco na żywotność prątków.

II Wykład dra Sobierańskiego: „O resorbcyi skóry".

Prelegent używał do doświadczeń swych wazeliny, którą wcierał w skórę królikom i psom. Srodek ten posiada wszystkie warunki potrzebne do ścisłych badań resorbcyi skóry, gdyż jest nieszkodliwy, nie znachodzi się w ustroju zwierzęcym, nie ulega zniszczeniu, dla tego łatwo go wykazać można. Prelegent wykazywał obecność wazeliny w narządach i odchodach zwierząt badanych przez ekstrakcyje benzolem lub eterem uwalniając pozostałość od tłuszczów zapomocą zmydlenia lub etylatu sodowego, a od cholesteryny zapomocą wrzącego kwasu octowego zlodowaciałego. Badanie mikroskopowe skóry wykazywało, że skóra była prawidłową.

III. Kand. med. Szymonowicz opisał: Zakończenie nerwów w włosach dotykowych u myszy", demonstrując starannie wykonane rysunki oraz bardzo piękne preparaty mikroskopowe wykonane metodą złocenia, które u znawców wywołały uznanie.

IV. Wykład dra Haskoveča (po czesku): „*Chalicosis pulmonum*".

Prelegent okazuje przypadek pylicy płuc wewnętrznéj (przerzuty wapienne).

V. Wykład dr. Wojtaszka: „O zabójczem działaniu soli żelazowych".

Z wniosków, które dr. W. z pracy swéj czyni, podajemy najważniejsze: Sole żelazowe działają zabójczo tylko przy podawaniu wprost do krwi lub pod skórę. Działanie zabójcze polega na porażeniu układu nerwowego środkowego. Bezpośrednią przyczyną śmierci jest porażenie oddechania; serce bije czas jakiś po ustaniu oddechania. Wstrzykiwania podskórne, dłuższy czas trwające, wywołują zmiany zapalne w nerkach. Na krążenie i mięsień sercowy żelazo nie wywiera wpływu.

W dyskusyi zabierają głos dr. Sobierański i prelegent.

VI. drd. Zduń demonstrował preparaty mikroskopowe zakonczeń nerwu słuchowego w ślimaku zwierząt wyższych.

Na tem posiedzenie zakończono.

W sekcyi higijeny i medycyny sądowéj

na posiedzeniu IV pod przewodnictwem dr. Grabowskiego toczyła się nadzwyczaj żywa rozprawa nad wnioskiem dr. Bujwida, który domaga się, aby sekcyja higijeniczna, wychodząc z dotychczasowych badań na polu medycyny doświadczalnéj, w obec tego, że metoda szczepień Pasteura jest bardzo rozpowszechniona, uznała, że założenie zakładu szczepienia w Krakowie i we Lwowie jest wielce pożądane.

Protomedyk dr. Merunowicz popiera wniosek ten ze względu choćby na moralne zadowolenie pokąsanych przez psy wściekłe.

Prof. Blumenstok popiera również wniosek, oświadczając się jednak tylko za założeniem jednego zakładu np. we Lwowie, który wobec łatwych środków komunikacyi i wobec rzadkości wścieklizny w naszym kraju będzie wystarczającym.

Proff. Szpilman i Kadyi ostro występują przeciwko metodzie Pasteura i przeciw zakładaniu stacyi szczepienia. Pierwszy dowodzi statystyką bezskuteczności a nawet wręcz szkodliwości szczepienia, drugi odmawia mu podstawy naukowej.

Wreszcie po przemówieniach Drów. Polaka, Ponikły, Pietrzyckiego, Zawadzkiego i Bujwida, przyjęto ostatecznie wniosek dr. Polaka, aby sprawę omawianą odroczyć i przekazać ją do referatu komisyi, którą się ma wybrać do zorganizowania planu prac sekcyi higienicznéj na przyszłym zjeździe. W skład téj komisyi weszli: prof. Blumenstok, dr. Merunowicz, Polak i Wicherkiewicz.

O tym samym przedmiocie również żywa dyskusyja toczyła się na II posiedzeniu sekcyi weterynarskiéj, wywołana referatem prof. Królikowskiego „ O wściekliźnie psów". I tu prof. Szpilman zarówno jak referent zwalczał metodę Pasteura.

Doc. Walentowicz natomiast przytaczał daty z zakładu Pasteura, z wyników leczenia wścieklizny metodą Pasteura w Węgrzech i wreszcie z własnych spostrzeżeń i na ich podstawie przyznaje metodzie Pasteura nie wątpliwą wartość leczniczą. (Dok. nast.) *Dr. Beck.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 września. W zeszycie 2-gim Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego za r. 1891, który właśnie nas doszedł, znajdujemy nowacyję bardzo pożądaną; otóż oprócz treści zwykléj: dwóch artykułów oryginalnych i protokółów Towarzystwa, zeszyt ten mieści w sobie Przegląd piśmiennictwa

lekarskiego polskiego za r. 1889, obejmujący 143 stronnic. Materyjał obfity uporządkowany jest w 13 działach, a mianowicie: 1) Anatomija, histologija, fizyjologija i chemija lek., sprawozdawca Jakowski, 2) anatomija patologiczna, bakteryjologija, patologija ogólna i doświadczalna, sprawozd. Chełchowski, 3) Farmakologija i toksykologija, sprawozd. Pruszyński, 4) Terapija ogólna i dyjagnostyka lek., sprawozd. Pruszyński, 5) Patologija i terapija szczegółowa oraz pedyjatryja, sprawozd. Bruner i Puławski, 6) Laryngologija, rhinologija i otyjatryja, sprawozd. Srebrny, 7) Chirurgija, sprawozd. Szteyner, 8) Akuszeryja i ginekologija, sprawozd. Rogowicz, 9) Okulistyka, sprawozd. Gepner syn, 10) Syfilidologija i dermatologija, sprawozd. Trzciński, 11) Medycyna sądowa, sprawozd. Szumlański, 12) Hygijena, epidemijologija, statystyka lek., sprawozd. Szumlański, 13) Historyja medycyny, sprawozd. Dobrzycki. — Wszystkich referatów jest 281; są one wszystkie treściwe, zwięzłe, a mimo to wyczerpujące. Redakcyja Pamiętnika widocznie postanowiła prowadzić dalej dzieło rozpoczęte przez wydawcę Rocznika medycyny polskiéj; za tem przemawia dodatek umieszczony na tytule Przeglądu „Rok XI“. Nowacyja ta zasługuje na wszelkie uznanie i wdzięczność dla redakcyi ze strony wszystkich lekarzy polskich, którzy w poważnem czasopiśmie lekarskiem znajdą dokładny spis i streszczenie prac, ogłoszonych w roku ubiegłym. Spodziewamy się też, że lekarze nasi wyrażą redakcyi Pamiętnika uznanie i podziękowanie swoje w inny aniżeli platoniczny sposób; a mianowicie nie wątpimy, że Pamiętnik nabędzie większéj wartości i dla lekarzy praktykujących, dla których znajomość literatury lekarskiéj polskiéj nie jest obojętną, i że nierównie liczniéj aniżeli dotąd i w naszéj prowincyi lekarze przez abonowanie Pamiętnika wywdzięczą się temuż za jego staranie, aby dogodzić potrzebie lekarzy polskich.

* Według listu otrzymanego przez redakcyję „Nowej Reformy“, współpracownik nasz, krakowianin, Dr. Justyn Karliński, znany z licznych prac higijenicznych, wysłany przed 6. tygodniami przez rząd Bośnii i Herzogowiny do Arabii, celem zbadania i dozorowania pielgrzymów bośniackich, wracających z Mekki, odbył razem z tymi pielgrzymami kwarantanę zrazu w El-Dor na półwyspie Sinai, a obecnie znajduje się w kwarantanie na wybrzeżu małéj Azyi w Claromene pod Smyrną. Skoro władze tureckie uznają go i jego towarzyszy, 61 Bośniaków, za wolnych od cholery, powróci Dr. Karliński przez Konstantynopol do Bośnii.

* W tygodniu 36-tym (od 6—13 września) było w Krakowie na 74,601 mieszkańców urodzeń 51, skonów 43; z tych z nieżytu żołądka i jelit 9, z gruźlicy 5, z zapalenia płuc 5, z dławca 3.

* W Cieplicach czeskich było do dnia 19 września gości 6302.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Potwierdzeni zostali przez Ministerstwo Dr. Jakób Pál jako docent prywatny med. wewnętrznéj we Wiedniu, a Dr. Karol Kuffner jako docent psychijatryi ogólnej i szczegółowéj oraz sądowéj w wydziale lek. czeskim w Pradze. — Dr. Bitter habilitował się we Wrocławiu jako docent higijeny.

* **Nekrologija.** We Lwowie umarł d. 21 b. m. tameczny lekarz powiatowy Dr. Aleksander Lech w 63 roku życia. Nieboszczyk był wychowańcem uniwersytetu Jagiell. a przed 20 i kilku laty asystentem prof. położnictwa ś. p. Kwaśniewskiego w Krakowie. — We Wiedniu umarł Dr. Karol Wedl, profesor histologii. Urodzony tamże d. 14 października 1815 r. uzyskał stopień doktora w r. 1841, praktykował przez parę lat w Salzburgu i Ischlu, a następnie odbywszy podróż naukową, osiadł we Wiedniu, gdzie poświęcił się histologii, a ogłosiwszy liczne prace habilitował się w r. 1849 a w r. 1853 mianowany został profesorem nadzw., w r. 1872 zaś profesorem zwyczajnym histologii w uniw. wiedeńskim; w r. 1883 przed ustąpieniem z katedry po ukończeniu 70-go roku życia wybrany został rektorem uniwersytetu. Przez szereg lat był on we Wiedniu pierwszą powagą w dziedzinie histologii. — W Warszawie umarł d. 10 bm. Maks. Hopfenblum, b. Ordynator kliniki szpitalnéj uniw. warszawskiego, licząc lat 34, po 15-letnich cierpieniach (gruźlica płucna). Pisma lekarskie warszawskie jednomyślnie podnoszą jego zdolności, pilność i zacność; chlubne to świadectwo, oddane zmarłemu młodemu koledze, nie jest wcale przesadzone, bo mieliśmy sposobność poznać zalety nieboszczyka podczas pobytu jego w Meranie przed 2 laty, a głównie jego wykształcenie lekarskie i wielką skromność. Cześć jego pamięci!

Bolesną otrzymujemy w ostatniéj chwili wiadomość o śmierci Dra Józefa Orłowskiego w Przemyślu, która zaszła d. 21 b. m. Nieboszczyk liczył lat 52, był wychowańcem szkół krakowskich, znany tu ze zdolności i wielkiéj zacności. Praktykował w Przemyślu i był prymaryjuszem tamecznego szpitala powszechnego. Jako student poważany przez kolegów, jako lekarz używał powszechnego szacunku z powodu swéj zacności i skromności. Tracimy w nim kolegę światłego, obywatela prawego. Pamięć o nim śród kolegów ściślejszych nigdy nie zaginie!

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 9.072 **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W celu obsadzenia opróżnionej posady c. k. lekarza powiatowego, ewentualnie c. k. asystenta sanitarnego, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do d. 15 Październiknika b. r.

Kandydaci mają podania swe zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 Marca 1873 r. (D. u. p. Nr. 37), niemniej w dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez odnośne c. k. Starostwa, a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyję Policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa
Lwów dnia 20 września 1891 r.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 3 Października 1891. Nr. 40.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 5 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O leczeniu jaglicy (*Trachoma*)[1].

Napisał

Dr. Franciszek Sroczyński,

I. asystent kliniki okul. prof. Rydla w Krakowie.

Ktokolwiek dziś zabiera głos w sprawie leczenia jaglicy, winien przedewszystkiem dokładnie określić, co przez tę nazwę rozumie. Inaczéj operować będziemy pojęciami niewymiernemi, a wnioski wysnute z tych samych metod leczenia będą mieć za podstawę rzeczy z natury różne. Olbrzymia literatura z ostatnich lat dziesiątków, odnosząca się do sprawy jaglicy, nie przyczyniła się bynajmniéj do wyrównania licznych sprzeczności w pojęciu obchodzącéj nas choroby. Ani liczne badania histologiczne, ani poszukiwania bakteryjologiczne nie pozwalają dotąd na naukowe określenie jaglicy w tym stopniu ścisłości, jak się to stało dla gruźlicy z chwilą wykrycia prątka Kocha. Poprzestać zatem musimy na obrazie czysto klinicznym i powiedzieć: Przez jaglicę rozumiemy ciężką chorobę infekcyjną spojówki, charakteryzującą się obecnością okrągławych ziarn, barwy szarawéj, często w połączeniu z brodawkowatym przerostem spojówki, chorobę kończącą się zawsze zbliznowaceniem spojówki, a często prowadzącą do komplikacyi na rogówce w formie łuszczki i wrzodów. Jedynie tylko forma ostra jaglicy u nas tak rzadka, że przynajmniéj jak w naszéj klinice wynosi zaledwie 6·5% jaglicy w ogóle, zakończyć się może powrotem spojówki do stanu normalnego.

Definicyją tą zmierzano do wykluczenia z dyskusyi pokrewnego anatomicznie cierpienia, kataru mieszkowego spojówki, *conj. follicularis*, którą wielu autorów, zwłaszcza rosyjskich i ze szkoły królewieckiéj, zalicza na podstawie analogii w budowie histologicznéj do jaglicy. Jakkolwiek klasycznie zestawione przez Saemischa znamiona charakterystyczne tego cierpienia: powierzchowne ułożenie folikułów, barwa blado różowa, ugrupowanie w regularnych szeregach najczęściéj na dolnéj tylko spojówce, nie zawsze w praktyce wystarczają do wykluczenia jaglicy, z praktycznych względów musimy obstawać przy tym rozdziale, zgodnie bowiem z naszem doświadczeniem przebieg kliniczny i rokowanie są kardynalnie różne. Nie obserwowaliśmy w ciągu długich lat nigdy przypadku, gdzieby mieszki limfatyczne, choćby nie wiem jak liczne i gęste, doprowadziły do zbliznowacenia lub komplikacyi na rogówce. Że tu i owdzie katar mieszkowy z czasem przybrał postać typową jaglicy, jak to i my tu obserwujemy, zadziwić nas nie powinno, nie wiem bowiem dlaczego *conj. follicularis* chronić ma od infekcyi jaglicą. Sądzę też, że z pojęciem jaglicy, jako choroby niewątpliwie zaraźliwéj, nie da pogodzić się typowy katar mieszkowy, jaki jest następstwem długotrwałego zapuszczania atropiny (*conj. atropinica*). Zresztą jakiekolwiek jest czyje stanowisko w téj kwestyi, czy wystarcza komu fakt znajdowania się tych samych wątpliwéj patogenetyczności dyplokoków Sattlera czy Michla w obu chorobach czy nie, to nie ulega wątpliwości, że *conj. follicularis* jest chorobą lekką, pozwalającą rokować dobrze, jaglica zaś cierpieniem ciężkiem, wlokącem się lata, a nieraz życia całe, nie dającem choremu nawet wśród leczenia gwarancyi zupełnego powrotu do zdrowia. Omówić nasze nowoczesne usiłowania lecznicze przeciw téj pladze, niszczącéj zdolność zarobkowania najbiedniejszéj części ludności, jest obecnie naszem zadaniem.

Pierwsze nasuwające się pytanie, jak zapobiegać powstaniu jaglicy, pragnąłbym tutaj zupełnie pominąć. Dopóki właściwy zarazek téj choroby nie zostanie na pewno wykazanym, natura i warunki, wśród jakich się rozwija, zbadane, odpowiedź na to pytanie obracać się będzie wiecznie w błędnem kółku ogólników, jak utrzymanie czystości, świeże powietrze, odosobnienie chorych i tym podobnych wskazówek, żądających nie mniéj nie więcéj, niż zniesienie nędzy ludzkiéj z powierzchni ziemi w ogólności. Z uwagi, że za-

[1]) Rozszerzony referat, przedstawiony sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lekarzy.

razek jaglicy udziela się jedynie tylko przez bezpośrednie zetknięcie, a udzielenie możliwem jest tylko w okresie chorobowej wydzieliny, należałoby upomnieć każdego chorego, aby przy najmniejszem zaostrzeniu cierpienia używał tylko własnych ręczników i chustek, a ręce utrzymywał w największéj czystości.

Doświadczenie wieloletnie pouczyło nas, że w klinice naszéj, w któréj odosobnienie jaglicowych jest niemożliwe, a ciężkość przypadku lub potrzeba operacyi nakazywała wyjątkowo przyjęcie chorego, zarządzenie to okazało się zupełnie wystarczającem do uchronienia innych chorych od infekcyi. Na jedno atoli źródło infekcyi radbym zwrócić uwagę, a tem są ręce i przybory lecznicze lekarza. Mydło i woda powinny znajdować się przy boku każdego okulisty mającego do czynienia z jaglicą. W przypadkach ostréj jaglicy nie powinnibyśmy się cofnąć przed spłukaniem rąk rozczynem sublimatu 1 : 1000. Trudniejszem jest utrzymanie czystości w naszych przyborach lekarskich, a mianowicie tak ulubionych w praktyce okulistycznéj pędzlach. Wyrugować ich z użycia niełatwo, przemawiają za niemi dogodność w użyciu i możność zaaplikowania rozczynu leku na najwłaściwsze miejsce spojówki. Za najwłaściwszy sposób uważałbym lapisowanie pędzlem, do spłukiwania zaś wodą posługiwać się szklanym zakraplaczem, który nie potrzebuje stykać się z chorą spojówką. Zanieczyszczenia pędzla obawiać się nie należy, jeżeli takowy po każdorazowem użyciu włożymy napowrót do 2% roztworu lapisu, wedle doświadczeń Weeksa [1]) bowiem rozczyn ten zdolnością desinfekcyjną przewyższa 5% rozczyn karbolu. Kto zaś nadto osobnych używa przyborów do jaglicowych, zadowoli zupełnie wymogi najdrażliwszego sumienia.

Przystępując z kolei rzeczy do właściwego przedmiotu, do sprawy leczenia jaglicy, wychodzę z twierdzenia i to jest pierwszą moją tezą, że l e c z e n i e j a g l i c y r a c y j o n a l n e n i e m o ż e b y ć s z a b l o n o w e m, p r z y w i ą z a n e m d o t e g o l u b o w e g o ś r o d k a c z y p o s t ę p o w a n i a, l e c z m u s i u w z g l ę d n i ć f o r m ę i k a ż d o r a z o w e s t a d y j u m c i e r p i e n i a. Przedewszystkiem oddzielimy formę ostrą od chroniczněj. Forma ostra ze swemi wybitnie zapalnemi objawami, obrzmieniem spojówki, wydzieliną ropną, eksudatem świeżym, niezorganizowanym, nakazuje postępowanie proste, uświęcone wiekowem doświadczeniem: środki przeciwzapalne i najlepszy z naszych środków ściągających a zarazem antiseptycznych: lapis. Postępowanie w naszéj klinice jest tego rodzaju, że w pierwszych dniach silnych przypadów zapalnych, opuchnięcia powiek, chemozy i wydzieliny surowiczéj zalecamy kilkogodzinne stosowanie okładów lodowych szybko zmienianych, obok przepłukiwań sublimatem 1 : 5000 w miarę obfitości wydzieliny. Nie obiecując sobie wiele z antiseptycznego działania tych przepłukiwań, mających za cel tylko mechaniczne spłukanie wydzieliny, nie tracimy czasu na wyczekiwaniu, ale zaraz na następny dzień rozpoczynamy energicznie lapisować spojówkę 2% *argent. nitr.* aż do wytworzenia mlecznego strupa. W ten sposób leczyłem sam kilkadziesiąt przypadków wybitnie ostréj jaglicy i nietylko nie widziałem żadnych szkodliwych następstw ani komplikacyj, gdzie ich wprzódy nie było, a jakiemi straszą wedle szkolnéj tradycyi podręczniki, ale uzyskałem zupełne wyleczenie w 6 do 8 tygodni, z wyjątkiem tylko 3—4 przypadków, które przeszły w formę chroniczną.

Trwożliwe wyczekiwanie, zanim wydzielina surowicza nie przejdzie w wybitnie ropną, zalecane pod groźbą komplikacyi z dyfteryją i wrzodami rogówki przez większość klasycznych autorów, jest zdaniem mojem tylko stratą czasu, prowadzącą do jaglicy chroniczněj. Zapuszczanie sublimatu choćby w skuteczniejszych niż używane rozczynach wywrzeć może działanie antiseptyczne jedynie na samą wydzielinę, a co najwyżéj na najpowierzchowniejszą warstwę przybłonka. Produkta zaś zapalne jaglicy, a zdaniem Michla także diplococcus jaglicy, złożone są w folikułach a więc w warstwach głębszych spojówki, środek działający winien zatem wniknąć w głąb. Śordkiem takim jest właśnie lapis, który własności dzielnego środka antiseptycznego łączy z działaniem kaustycznem wywołując strup, wraz z którym zniszczonym i wydzielonym na zewnątrz zostaje zarazek chorobotwórczy. W przypadkach wybitnie ostrych uzyskujemy tem postępowaniem zupełną *„restitutio ad integrum"*, przypadki przyostre pozostawiają zmiany chroniczne, wymagające dłuższego i odmiennego leczenia. Wystąpienie wrzodu rogówki nie stanowi przeciwwskazania do lapisowania. Wrzód rogówki w następstwie cierpienia spojówki zgodnie z nowoczesnemi zapatrywaniami na sprawy ropne, powstaje na tle drobnéj ekskoryjacyi i stanowiącéj bramę dla mikroorganizmów ropnych, zawartych w wydzielinie spojówki zakażonéj. Im prędzéj usuniemy wydzielinę ropną, tem mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia wrzodu, tem wcześniejsze oczyszczenie się już istniejącego. Jedynie *iritis* następowa lub *hypopyon* nakazuje wstrzymanie się od lapisowania i przejście do okładów ciepłych, atropiny i częstych przepłukiwań oka $^{2}/_{10}$% sublimatu.

Jako dzielny środek w tych przypadkach mogę z własnego doświadczenia zalecić jodoform, jednak nie w postaci proszku, lecz w formie 10% maści lanolinowéj. Jodoform w proszku w worku spojówkowym zbija się w kłaczki szybko odpływające, nie może więc wywrzeć dłuższego działania, podczas gdy maść lanolinowa ściśle pokrywa i przylega do rogówki. Nadto w myśl badań bakteryjologicznych jodoform sam przez się nie jest środkiem antiseptycznym, staje się nim dopiero przez powolne wydzielanie jodu wolnego, co ma miejsce dopiero przy rozpuszczeniu w tłuszczach wydzieliny w obec światła dziennego. Zgodnie z tem maść lanolinowa po kilku dniach brunatnieje skutkiem wydzielania się wolnego jodu.

Czy zalecane w ostatnich latach wypalanie wrzodów rogówki w przebiegu ostréj jaglicy galwanokauterem da się usprawiedliwić, na podstawie jednego tylko przypadku nie chcę rozstrzygać. W przypadku tym wrzód po dokładnem wypaleniu zrobił dalsze postępy i dał się dopiero energicznem lapisowaniem spojówki ograniczyć. Z teoretycznych jednak powodów nie byłbym za użyciem galwanokauteru przy wrzodach rogówki w obec obfitéj wydzieliny spojówkowéj, po rozmoknięciu się bowiem i oddzieleniu strupa stwarzamy tylko szerszą powierzchnię z przybłonka obnażoną, na którą mogą działać mikroorganizmy ropne.

Szkoła królewiecka z Heisrathem i Vossiusem na czele poleca w ostatnich czasach gorąco i w ostréj formie wycięcie załamka wraz z częścią chrząstki. Być może, że jaglica ostra w tamtych okolicach inaczéj przebiega, że farmaceutycznemi środkami opanować się nie daje, my na podstawie

[1]) *Arch. f. Augenheilkunde* XIX : *„Bacteriologische Untersuchungen"*.

naszych spostrzeżeń uznać musimy postępowanie operacyjne w ostréj formie co najmniéj za zbyteczne. Operowanie śród tkanki dotkniętéj ostrą sprawą ropną i zakładanie szwów w tych warunkach nie przemawia bynajmniéj do naszych nowoczesnych pojęć chirurgicznych.

Druga zatem teza nasza brzmi: Jaglica ostra daje się zazwyczaj opanować środkami farmaceutycznemi, a mianowicie energicznem lapisowaniem obok okładów chłodzących.

Słabą stroną naszéj terapii jest i na długi czas pozostanie leczenie jaglicy chronicznéj. Stanowisko nasze pod tym względem przypomina stosunek internisty do gruźlicy. Nie jakobyśmy nie mogli poprawić stanu chorego, a nawet poważnéj liczby przypadków trwale wyleczyć, ale ze względu na długie lata choroby i leczenia, na możliwość zaostrzeń i występowania komplikacyj rogówkowych często w naszych oczach wśród regularnego leczenia. Nie dziw zatem, że sprawa leczenia jaglicy chronicznéj nie schodzi z porządku dziennego, że każdy rok niemal przynosi nowe metody i nowe środki, a wszystkie zwartym szeregiem przypuszczają szturm do dotychczasowéj terapii. W gruncie rzeczy rozchodzi się tu o walkę dwóch zasad, dwóch stanowisk. Pierwsza zasada reprezentowana przez starszych koryfeuszów okulistyki, Graefego, Weckera, Saemischa, brzmi: produkta jaglicy, granulacyje i ogniska przerostowe nie mogą żadną miarą być wprost usuwane, postępowanie zmierzające do tego czy to drogą *przypalań* czy wycinania, z zasady potępić należy, rezultatem tego bowiem będzie zawsze większe zbliznowacenie, niżby sprawa sama przez się wywołała. Zadaniem naszem może być tylko przyspieszenie resorbcyi tych produktów przez środki drażniące, jak *cuprum*, czasem ściągające, jak lapis, *plumbum aceticum*, hałun, tanina i t. p. Obóz przeciwny, złożony przeważnie z młodszéj generacyi okulistów, rozumuje inaczéj. Nie przeczymy, że ideałem leczenia jaglicy będzie metoda jak najmniejsze sprowadzająca zbliznowacenie, środki drażniące bynajmniéj tego nie osiągają, w ciągu bowiem długich miesięcy a nieraz i lat leczenia, wystawiającego cierpliwość pacyjenta na wielką próbę, sprawa często zaostrza się, robi postępy, a w rezultacie zbliznowacenie będzie większe, niż gdybyśmy odrazu ognisko schorzałe doszczętnie usunęli. Ta metoda musi mieć pierwszeństwo, która najszybciéj usuwa chorobę i daje gwarancyję wolności od recydyw. Pośrednie stanowisko między temi krańcowemi zapatrywaniami zajmują zwolennicy terapii antiseptycznéj. Jaglica, powiadają, jest chorobą niewątpliwie infekcyjną, polegającą na wtargnięciu mikrobów. Mniejsza z tem, czy są niemi „diplococci“ Sattlera czy Michla, jeżeli powstrzymamy stosowaniem środków antiseptycznych ich rozwój, usuniemy tem samem chorobę.

Wszystkie, jakiekolwiek dotąd zalecane metody mają za punkt wyjścia jedno z tych trzech zapatrywań. Odpowiednio do tego możemy cały nasz arsenał metod przeciw jaglicy zalecanych, podzielić na trzy grupy: 1) Środki zmierzające do przyspieszenia resorbcyi przez drażnienie. 2) Manipulacyje chirurgiczne. 3) Środki antiseptyczne.

Omówmy je po kolei.

Grupa pierwsza obejmuje trzy działy: 1) Środki farmaceutyczne, massage, szczepienie ropy rzeżączkowéj i stosowanie nastoju jequiryty.

Z pomiędzy środków farmaceutycznych prym wiedzie niewzruszalnie *cuprum*. Nie ulega wątpliwości, że we wszystkich okresach jaglicy chronicznéj, wyjąwszy okres zbliznowacenia, dojść można z pomocą środka tego najdogodniejszą, choć co prawda nie najkrótszą drogą do pięknych rezultatów. Warunkiem jednak niezbędnym jest cierpliwość ze strony pacyjenta i lekarza i odpowiedni sposób stosowania. Należy kamyk wprowadzić głęboko w załamek a nie obawiając się, energicznie tuszować wszędzie tam, gdzie spojówka jest bladą, a rogówka jest wolną od ostrych komplikacyj. Wszelkie zaostrzenie się sprawy na rogówce, świeży infiltrat lub świeża łuszczka połączona z przekrwieniem tęczówki, winny nas wstrzymać od tuszowania, kamyk na czas spostrzeżenienia zamienić wówczas należy na atropinę i lapis. W stałem zbliznowaceniu stosowanie kamyka może tylko zwiększyć zbliznowacenie i przyspieszyć *entropium* a nadto pogorszyć stan rogówki. Stosowanie *cuprum* w rozczynach, zalecane przez Warlomonta w przypadkach, gdzie chory tuszowaniu kamieniem poddać się nie może, na podstawie własnego doświadczenia nie uważam za zupełnie bezpieczne. Spostrzegałem bardzo często już w pierwszych dniach po zapuszczaniu zaostrzenie się łuszczki i występowania infiltratów rogówki tam, gdzie ich wprzódy nie było, rzecz łatwa do wytłomaczenia, jeżeli uwzględnimy, że chorzy roczyn taki zapuszczają przeważnie na rogówkę odparzając sobie przybłonek.

Słabą stroną leczenia kamykiem jest nieograniczony nieraz czas kuracyi. Każdy okulista musiał zrobić spostrzeżenie, że są przypadki, które latami można *lege artis* leczyć w ten sposób nie mogąc doczekać się stanowczego nastąpienia zmian na spojówce, mimo że komplikacyja a zwłaszcza łuszczka pod żadnym ze znanych środków tak szybko nie ustępują jak przy *cuprum*. Czasem odbiera się wrażenie, jakoby formy lekkie ograniczone tylko do części spojówki, nie prędzéj ustępowały niż formy cięższe rozlane. Nadto są przypadki, gdzie oko wcale środka tego nie znosi i najostrożniejsze zastosowanie wnet pociąga za sobą ekskoryjacyje, a w ślad za niemi ostrą łuszczkę. W takich razach należy przejść czasowo do środków łagodniejszych, jak tanina, ałun, *plumbum acet.*

Bardzo pożytecznem wzbogaceniem tej grupy środków jest tanina z borem wedle polecenia Dra Wicherkiewicza. Usuwa ona równie szybko jak lapis sekrecyję, a nierównie szybciéj działa na komplikacyje rogówkowe. Natomiast o jakiemś wyraźnem działaniu na produkta jaglicy na spojówce przekonać się nie mogłem. Zdaniem mojem jestto cenny środek dla końcowych okresów jaglicy, gdzie mimo nieznacznych resztek zmian na spojówkach, utrzymuje się uporczywie łuszczka lub wrzody. Zalecane dla tych okresów jaglicy *plumbum aceticum* jest środkiem zasługującym na zupełne wyrugowanie z terapii jaglicy.

Z okolic, gdzie octan ołowiu w postaci przymoczek z ulubieniem bywa stosowany, przybywają do naszéj kliniki dość często chorzy z grubemi inkrustacyjami ołowiu na rogówkach, upośledzającemi często nieuleczenie wzrok. Dla uniknięcia tych niemiłych następstw radzą autorowie unikać środka tego w obecności wrzodów i ekskoryjacyj rogówki. Jeżeli jednak starannie na to zwracamy uwagę, najlepiéj za pomocą keratoskopu, spostrzeżemy, że przynajmniéj co drugi chory na jaglicę okazuje liczne drobne ekskuryjacyje nie zawsze przy badaniu zwykłem wykazać się dające. Sądzę zatem, że najlepiéjby było środek ten zupełnie wykluczyć z terapii jaglicy.

Do grupy środków drażniących zaliczyć wypada zalecane przed kilku laty przez Michla[1]) masowanie. Aby zwiększyć jeszcze przekrwienie spojówki, łączy Michel massage z maścią Pagenstechera, inni zalecają w tym celu środki antiseptyczne jak Vignes (*Archiv. d'Ophthalmologie* VIII), który radzi masować sproszkowanym kwasem borowym. Metoda ta teoretycznie dość uzasadniona, nie znalazła zwolenników a i ja własnego doświadczenia w téj mierze nie posiadam.

Heroicznym środkiem drażniącym, dążącym do celu przez wzniecenie gwałtownego zapalenia ropnego, jest szczepienie ropy rzeżączkowéj i podobnie działające stosowanie nastoju jequirity. Postępowanie pierwsze, za którem oświadczyła się przed laty część okulistów francuskich (Panas, Abadie, Berthelos) po znanych przypadkach zropienia rogówki nawet w formie mniéj niebezpiecznego szczepienia ropy z śluzotoku noworodków (Mooren 1882) należy już dzisiaj do minionéj przeszłości. Podobny los spotkał metodę Weckera zalecaną w roku 1882 a polegającą na wywołaniu gwałtownéj oftalmii krupowéj przez przepłukiwanie nastojem jequirity. Niema dziś okulisty, któryby się jeszcze odważył na ten obosieczny środek, większość zaś zgodnie wyznaje, że tylko rozpaczliwe przypadki ze starą grubą łuszczką, gdzie niema nic do stracenia, mogły jeszcze usprawiedliwić zastosowanie tego środka. W rezultacie dochodzimy do przekonania, że z grupy środków drażniących *cuprum sulfuricum* jako środek bezpieczny, wygodny i pewny, aczkolwiek powoli działający, niczem innem zastąpić się nie da.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kliniczny przyczynek do etyjologii wiądu rdzeniowego.

Przez
S. Goldflama w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 39.)

Zdaje się, że postać stwardnienia tętnic, rozwijająca się na tle kiły, nie jest jedyną, która stoi w związku z wiądem. I u chorych, u których sprawa miażdżycowa jest innego pochodzenia, nierzadko zupełnie niespodziewanie napotykamy niezaprzeczone objawy wiądu.

Cz....., właściciel fabryki, lat 58, doznaje od wielu lat drętwienia w okolicy lewego podżebrza. Od stycznia 1891 podobneż uczucie wystąpiło w czole, mniéj silne w innych częściach ciała, a także przemijające przyćmienie pola widzenia. W maju r. b. kilka dni trwające podwójne widzenie. Nigdy bólów w nogach nie było. Kiły nie przechodził, dziedzicznego usposobienia nie ma, trunków nie nadużywał. Oddawna cierpi na skurcz pisarski, jakkolwiek nigdy dużo nie pisał.

Wzrost dobry, odżywienie średnie. Tętnice dostępne badaniu wyraźnie stwardniałe, tony serca dźwięczne, metaliczne, granice stłumienia rozszerzone (przerost). Odruchów kolanowych i ścięgien Achillesa wywołać nie można nawet za pomocą rękoczynu Jendrassika. Niezborności ruchów niema, ani objawu Romberga. Źrenice wąskie, nie oddziaływają na światło, lecz tylko na akomodacyję. Lekki stopień znieczulenia skórnego, ale bardzo rozprzestrzenionego, nie wyłączając twarzy, dla wrażeń dotykowych i bólowych.

Przytoczone przezemnie poprzednio 3 przypadki zdają się dowodzić, że kiła pozostaje w ścisłym stosunku z wiądem, czy to za pośrednictwem sprawy stwardnienia tętnic, czy też innych jakich ogniw pośrednich. Ale pogląd ten wcale nie wyklucza wysokiego znaczenia dziedziczności. Każdy doświadczony lekarz wie o tem, że w dziedzicznie obarczonych rodzinach zdarzają się przypadki wiądu. Charcotowskie rodowody) są najlepszym tego dowodem[1]). Najzgubniejsze wszakże warunki wytwarzają się wówczas, gdy takie czynniki jak dziedziczność, usposobienie do chorób nerwowych i kiła działają u jednéj osoby, wtedy bardzo często rozwija się wiąd rdzeniowy. Za dowód niech posłużą następujące dokumenty.

(Patrz rodowód A) na odwrotnéj stronie.)

Osobiście znam tylko gałąź rodziny Stanisława L. M.; inne, najzupełniéj wiarogodne szczegóły zawdzięczam łaskawéj uprzejmości kol. Weitzenbluta.

W rodzinie téj spostrzegamy mięszaninę ludzi wysoce uzdolnionych, idyjotów i waryjatów. W linii pochodzącéj od Stanisława L. M. na wytwarzanie idyjotów złożyły się nadto bliskie pokrewieństwo małżonków i kiła ojca. Widzimy tu wrodzone zboczenia w rozwoju, jak zrosty palców (*syndactylia*), zez. Dyskrazyje, jak moczówka cukrowa, występują wśród różnych zboczeń nerwowych i umysłowych, na co wielki nacisk kładą autorowie francuzcy (*diathèse goutteuse, arthritique*). Z organicznych cierpień ośrodków nerwowych spotykamy tu co najmniéj 2 przypadki bezwładu postępującego i dwa wiądu rdzenia (nie licząc w to rdzeniowéj choroby Stanisława M.); jeden z pacyjentów ostatniej kategoryi niewątpliwie przechodził kiłę, drugi prawdopodobnie. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w téj rodzinie M. wpływy dziedziczne przeważają, a kiła gra tylko rolę podrzędną.

Inaczéj się rzecz ma z drugą rodziną, któréj historyję przytaczam, a w któréj kiła zdaje się, odgrywała rolę przeważającą przy powstaniu wiądu.

(Patrz rodowód B) na odwrotnéj stronie.)

Ludwik P. lat 60. W 20 r. szankier, nie może sobie przypomnieć, czy były wtórne objawy, czy przechodził swoiste leczenie. W 1870 r. nagła utrata władzy w nogach *(effoudrement des jambes, way of the legs)*, 6 tygodni przeleżał bezwładny w łóżku. Powolna poprawa, leczył się na nogi w Gasteinie, Gräfenbergu i innych miejscowościach. Od owego czasu prawie codziennie strzelające bóle w nogach, które obecnie są o wiele rzadsze i słabsze. Od 1881 r. chód niepewny, musi się podpierać na kiju, a od r. 1886 chodzi już tylko o dwóch kijach i z pomocą służącego, *incontinentia urinae*. Skarży się nadto na przykre uczucie chłodu, zwłaszcza w kolanach, nawet gdy jest ciepło przykryty.

Budowa dobra, organa wewnętrzne zdrowe. Wyraźna ataksyja w nogach, znaczne osłabienie w nich siły mięśniowéj, mimowolne skurcze mięśni, brak odruchów kolanowych i ścięgien Achillesa. Zaburzenia czucia skórnego nieznaczne. Uczucie pasa na wysokości łuków żebrowych. Drżenie lewéj ręki (od kilku lat). Źrenice średniéj wielkości, prawa węższa nie oddziaływają ani na światło ani zbieżność, mięśnie proste wewnętrzne oka niedostateczne, lewa szpara powiekowa większa, aniżeli prawa.

Marek P., lat 37, bankier, pozostaje pod moją opieką lekarską od 1888 r. Przed 15 l. szankier, po zagojeniu tegoż wyprysk na włosistéj części głowy i chrypka. Leczenie za pomocą pigułek (prawdopodobnie rtęciowych). Przed 6 laty nadzwyczaj silne i przykre swędzenie między palcami nóg i na częściach płciowych, nadto prawie jednocześnie pojawił się prawdziwie wilczy apetyt: o 3 g. w nocy budził się P. z uczuciem silnego głodu, któremu towarzyszyło szczególne, jakieś przykre uczucie w głowie, znikające dopiero

[1]) Michel, 1886: *„Ueber den Mikroorganismus bei der aegyptischen Augenentzündung"*. *Archiv. für Augenheilkunde*, B. XVI.

[1]) *Leçon du Mardi* 1887/8.

A) Małżeństwo M. (żona † 70 r., mąż † 50 r.)

1) Ludwik M. † 74 (żona była umysłowo upośledzona, zmarła jako waryjatka).

- 1) Józef M. *Dementia paralytica w Gheel.*
- 2) Wilhelm M., lat 68, duchowo upośledzony.
- 3) Stanisław L. M., lat 66, *syndactylia* u lewéj ręki i lewéj stopy, *Strabismus diver. sin. cong. Lues* Początek wiądu od 30 lat. Ożenił się z siostrzenicą Pauliną, która † w 31 r. na *epithelioma cerebri.*
  - 1) Zofija M., l. 23, znajduje się w zakładzie dla idyjotów Dra K. w M. pod L.
  - 2) Ludwik M., lat 21, anemiczny, duchowo słabo rozwinięty.
  - 3) Michał M., l. 17, w zakładzie dla idyjotów Dra K. w M. pod L.
  - 4) Anna M., l. 13, idyjotka, *kypho-scoliosis.*
- 4) Teresa M., waryjatka, spaliła się żywcem w 21 r.
- 5) Szarlota P., lat 58.
  - 1) Paulina M., † 31 r. na *epithelioma cerebri.*
  - 2) Henryk P. lat 30.
  - 3) Józef P., lat 28.

2) Leopold M. † 68 na moczówkę cukrową. Był człowiekiem rozległego umysłu.

- 1) Wiktor M., l. 45, wiąd rdzeniowy, (przechodził podobno *lues*).
  - 1) Stanisław M., l. 44, *Paralysis progressiva.*
  - 2) Władysław M., l. 42, *Diabetes.* Idee narzucone i przymusowe.
  - 3) Leopold M., lat 40.
  - 4) i 5) Dwie zdrowe córki.
- 2), 3), 4) Trzy zdrowe córki.

3) Henryk M., lekarz, † 68.

4) Stanisław M., lekarz † w 30 r. na chorobę rdzenia.

B) Ludwik P., l. 60, *Tabes.* (Dziadek i ojciec † w 80 r., matka żyje, ma l. 90. Dwie jego żony były siotrami, ale nie jego krewnemi, jedna † na gruźlicę, druga na ostrą chorobę płuc. Ojciec tych żon † w 80 r., matka w 60 r.)

- 1) Adolf P., lekarz, lat 41, *dyspepsia nervosa*
- 2) Marek P., l. 37, *Tabes.*
  - 11-letni chłopiec cierpi na łuszczycę.
- 3) Dawid P., l. 32, *Anorexia nervosa* (zupełny brak uczucia głodu i sytości). Ostatniego lata dwa napady szarpiących bólów w nogach. *Libido sexualis* zmniejszona. Odruchy kolanowe i źrenice prawidłowe.
- 4) Regina F., l. 29, wrodzony zez, nerwowa, cierpi bóle napadowe w nogach.
- 5) Paulina F., l. 27.
- 6) Salomea F., l. 23.
- 7) Helena P., l. 21.
- 8) Zofia P., l. 18.
- 9) Mina P., l. 16.
- 10) Jakób P. lat 14, obszerne porażenie dziecięce (*poliomyelitis anterior acuta*). *Kypho-scoliosis.*

po spożyciu pokarmu. Objawy te trwały koło 2 lat. Przed 4 laty wystąpiło, kilka miesięcy trwające, podwójne widzenie, silny ból głowy, przemijające zaćmienie pola widzenia. W tym czasie pojawiać się zaczęły charakterystyczne, strzelające bóle w nogach, które od dwóch lat doszły do wielkiego natężenia.

Pacyjent ma 11-letniego syna, cierpiącego na łuszczycę. Żona nie roniła.

Przed 3 laty nie przedstawiał ten dość silny mężczyzna ataksyi, ale już wówczas brakowało odruchów kolanowych i ścięgien Achillesa, nawet z pomocą metody Jendrassika. Zaburzenie czucia bólowego było charakterystyczne, naprzód dotknięcie, po chwili ból przy kluciu. Źrenice średniéj wielkości, prawa węższa choć nieprawidłowéj formy, nie oddziaływają na światło ale na zbieżność. Przy urynowaniu musi się chory wydymać, ostatnie porcyje odchodzą kroplami. Pociąg płciowy bardzo silny w początku choroby, jest obecnie znacznie osłabiony.

W lecie 1888 r. pierwszy napad gastralgiczny (*crise gastrique*), od téj pory bóle strzelające znacznie zelżały. *Crises gastriques* powtarzają się odtąd dość często, co parę miesięcy, bez żadnéj widocznéj przyczyny. Są to t. zw. „czarne wymioty“ (*vomissements noirs des tabétiques)* i dlatego opiszę jeden taki napad, ostatni d. 12/IV 91: „Od kilku dni chory doznawał co rano nudności, ktore jednak wkrótce przechodziły, dziś przyłączył się do nich silny dreszcz bez podniesienia ciepłoty, a potem wymioty, naprzód wodnisto śluzowemi masami (o silnie kwaśnym odczynie) późniéj wymiociny stały się zupełnie podobne do fusów z kawy. Bólów przy tem nie było żadnych, zato czkawka i obfity ślinotok. Tętno 60, niemiarowe, również jak i oddech, kończyny zimne, twarz blada, brzuch wciągnięty, ale nigdzie nie bolesny, silne pragnienie. Wymioty zrazu obfite, potem skąpe, podobnież jak i zapad, przeciągnęły się do dnia następnego. — 14/IV 91 nastąpiły wymioty czysto krwawe, wśród płynnéj krwi pływały miękkie, czarne skrzepy, poczem dopiero chory uczuł ulgę, ślinotok i czkawka ustały. Tętno 120, miarowe. Daleko większe ilości krwi odeszły przez kiszkę odchodową. 15/IV 91 rano kilka razy fusowe wymioty z czkawką. 16/IV 91 już tylko czkawka. 17/IV 91 bóle strzelające na łokciowéj stronie przedramion i koniec napadu“.

Opisany napad trwał stosunkowo krótko, w lutym rb. ustąpił dopiero po 2 tygodniach. Towarzyszyło mu wówczas zatrzymanie uryny, pozostawił po sobie znaczną niedokrewność, zakończył się zaś strzelającemi bólami w nogach.

Krwawe wymioty mogłyby zrodzić przypuszczenie, że oprócz wiądu mamy jeszcze do czynienia z wrzodem okrągłym. Przeciw takiemu pojmowaniu rzeczy przemawiają jednak ważne względy, jak zupełny brak bólów w okolicy żołądka, nagły początek objawów żołądkowych, bez żadnych uprzednich zaburzeń w trawieniu.

W opisanym przypadku zasługuje na uwagę początek całéj choroby od silnego i przykrego swędzenia przylegających powierzchni palców u nóg i części płciowych i od wilczego głodu. Dopiero w 2 lata późniéj wystąpiły charakterystyczne bóle strzelające, których natężenie się zmniejszyło z chwilą pojawienia *crises gastriques*, naprzemian z temi się ukazując.

Z przytoczonego wyżéj rodowodu można się przekonać, że potomstwo nerwowo nieobarczonego ojca zapada na różne choroby nerwowe, między któremi raz jeden figuruje wiąd rdzeniowy. Ale ów ojciec miał chorobę weneryczną, prawdopodobnie kiłę (wiemy wszyscy, jak trudno u ludzi starszych zwłaszcza, dowiedzieć się, czy i jakie były objawy wtórne, że te ostatnie mogą przejść niespostrzeżenie), następnie sam zachorował na wiąd. W tym razie nie może być wątpliwości co do wielkiéj roli swoistego zakażenia w chorobie ojca i spłodzonych przez niego dzieci. Bo jakkolwiek różne postacie chorób nerwowych wystąpiły u dzieci, to jednak wiądowi uległ ten tylko członek rodziny, który sam cierpiał na kiłę.

Powyższa tablica przemawia jednocześnie na korzyść poglądu, odnoszącego porażenie rdzeniowe u dzieci (*poliomyelitis ant. ac.*) do rodziny dziedzicznych chorób nerwowych[1]). Daléj spotykamy się z cierpieniem, zaliczanem do grupy chorób, rozwijających się na tle artrytycznem, pokrewnem z rodziną neuropatyczną, mianowicie z łuszczycą (*psoriasis*). Natomiast musimy pozostawić na boku pytanie, o ile gruźlica matki przyczyniła się do rozwoju neuropatycznego usposobienia u dzieci.

Sądzę, że zebrane przezemnie daty usprawiedliwiają zdanie, które już powyżéj wyraziłem, że wpływ kiłowego zakażenia na rozwój wiądu szczególniéj się uwydatnia u osób z dziedzicznem usposobieniem do chorób nerwowych.

III. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Dok. Patrz Nr. 39).

Po ukończeniu prac na posiedzeniach sekcyjnych członkowie i uczestnicy Zjazdu zebrali się w poniedziałek dnia 20 lipca o godzinie 4 po południu na drugie ogólne posiedzenie w sali amfiteatralnéj w gimnazyjum św. Anny.

Przewodniczył zebraniu pierwszy wiceprezes protomedyk dr. Merunowicz z powodu nieobecności prezesa dr. Laskowskiego. Obowiązki sekretarzy spełniali dr. Zarewicz i dr. Puzyna.

Po odczytaniu licznych telegramów, które w ciągu trwania Zjazdu od różnych osobistości i instytucyj nadeszły, nastąpił odczyt dr. Adama Mahrburga: „Psychologija współczesna i stanowisko jej w systemie wiedzy“, który w streszczeniu podajemy:

Prelegent korzysta z okoliczności, że po raz pierwszy u nas sekcyja psychologiczna została wcielona w skład Zjazdu lekarzy i przyrodników i rozwija obraz psychologii współczesnéj. Pomimo postępów dokonanych przez psychologiję w najnowszych czasach pod względem rozmiarów i ścisłości osiągniętych rezultatów, ustępuje ona naukom fizycznym i bijologicznym. Fakt ten mógłby się wydać dziwnym w obec tego, że przedmiot, który psychologija bada — zjawiska i procesy psychiczne — jest najbardziej bezpośrednio dla nas dostępny. Zastanawiając się jednak nad zasadniczemi prawami psychologicznemi, prawem względności, kojarzania, syntezy i odtwarzania, przekonywamy się, iż żadne z nich nie mogło być odkryte za pomocą samoobserwacyi bezpośredniéj; zawsze niezbędną była poprzednia analiza świata pozapodmiotowego i następne porównanie szeregu zjawisk psychicznych z szeregiem fizycznych i bijologicznych. Odtworzenie ciągłości przyczynowej szeregu psychicznego nie mogło być dokonane ani na podstawie samoobserwacyi, ani przy pomocy takiej koncepcyi, jaką jest dusza, rozważana jako substancyja, lecz musiano zacząć rozważać szereg psychiczny jako funkcyję szeregu fizycznego i bijologicznego. Sam szereg biologiczny przedstawia się jako nieciągły, przerywany i ciągłość jego przyczynowa, genetyczna może być odtworzona tylko w ten sposób, że ją rozważamy jako funkcyję szeregu fizycznego; w tym ostatnim tylko odnajdujemy tę ciągłą podstawę, której szukamy: stałość bytu, wyrażoną w postaci zasady zachowania materyi i ciągłość przyczynową wyrażoną w postaci zasady zachowania energii. Gdzie tylko bijologija zdołała odtworzyć przyczynową i genetyczną ciągłość szeregu swego, tam psychologija podążała w ślad za nią. Prelegent rozwodzi się obszerniej nad rozwojem nauk bijologicznych i wykazuje, że psychologija ściśle od tego rozwoju zależała. W dalszym ciągu, broniąc psychologii współczesnej od zarzutu materyjalizmu, prelegent rozważa dwie zasadnicze jej tezy, z których jedna zaznacza zasadniczą różnicę pomiędzy zjawiskami podmiotowemi i pozapodmiotowe-

[1]) Charcot: *Leçons du Mardi* 1888/9 i Déjerine: *L'hérédité dans les maladies du système nerveux.* 1886 p. 204.

mi, druga zaś — paralelizm zjawisk psychicznych i fizycznych; poddaje on krytyce doktrynę cerebracyi bezwiednej i wykazuje z jednej strony błędy, na których się ta doktryna opiera, z drugiej zaś błędne wnioski animistyczne, do których ona prowadzi. W końcu, rozważywszy stosunek psychologii do nauk fizycznych i bijologicznych, jako względem niej podstawowych i pomocniczych, prelegent rozważa z kolei stosunek psychologii do nauk duchowych, wobec których ona znów występuje w charakterze nauki podstawowej. Tym sposobem określa się stanowisko psychologii w systemie wiedzy: stanowisko to jest centralnem; dostarcza ona naukom duchowym tego, czego jej samej dostarczyły fizyka i bijologija; daje możność analizowania i przyczynowego wiązania zjawisk; ustala tę ciągłość przyczynową, która jest koniecznym warunkiem zrozumiałości naukowej. Psychologija jest ogniwem, przez które wiąże się szereg nauk przyrodniczych z szeregiem nauk duchowych, aby stanowić jednolity system teoretyczny.

Grzmotami oklasków przerywało audytoryjum wykład prelegenta, a po skończeniu wynagrodziło go ogólnym aplauzem.

Następnie dr. Święcicki, imieniem komisyi wybranej dla obmyślenia miejsca przyszłego zjazdu, zabrał głos oznajmiając, iż wybrano na zjazd mający się odbyć za 3 lata jednomyślnie Poznań. Salwą oklasków przyjęli zebrani tę wiadomość, a dr. Święcicki przemówił w te słowa: „Cieszę się niewymownie słysząc te oklaski, bo są one dowodem, że Panowie przyjmujecie wybór ten z zadowoleniem. Tak świetnie jak Wy nas tu przyjmujecie, my przyjąć Was nie będziemy mogli, ale to już nie nasza, lecz obcych w tem wina. Przyjmiemy Was równie szczerze i serdecznie, a i chleb i sól się znajdzie, aby gości powitać i podziękować im, że przybywają do ziemi, gdzie, mimo dusznej atmosfery wierzymy i ufamy, a przy pracy i wytrwałości toć to rękojmia i lepszej doli i lepszej przyszłości.“ Po uspokojeniu się hucznych oklasków, któremi zgromadzenie przyjęło przemówienie dr. Święcickiego, wybrano przewodniczącymi wydziału gospodarczego przyszłego zjazdu dr. Wicherkiewicza i Chłapowskiego.

Sekretarz dr. Zarewicz odczytał następnie wnioski i przedłożenia członków Zjazdu oraz sekcyj, domagające się aprobaty zgromadzenia:

I. Wnioski sekcyi higijeny i medycyny sądowej.

1. Aby zjazdy lekarskie miały praktyczną wartość, pożądanem jest: a) aby zachować pewien związek pomiędzy jednym zjazdem a drugim, b) aby komitet poprzedniego zjazdu przekazywał komitetowi następnego zjazdu uchwały, jakie zapadły i zawiadamiał, jaki los spotkał owe uchwały. Sekcyja hygijeniczna czyni zatem wniosek: VI zjazd lekarzy i przyrodników uchwala, aby prowadzono spis uchwał, i aby komitet każdego zjazdu zawiadamiał komitet następnego zjazdu, co się stało z powziętemi uchwałami, względnie czy weszły w życie.

2. Sekcyja hygijeniczna VI Zjazdu interpeluje komitet V. zjazdu, co się stało z uchwałą zmierzającą do rozwoju zdrojowisk krajowych i co do utworzenia inspektora zdrojowego dla zdrojowisk krajowych.

II. Wnioski sekcyi weterynarskiej:

1. a) Ze względu na obecny stan nauk weterynaryjnych należy reformę studyjów weterynaryi przeprowadzić w tym kierunku, aby:

α) Od kandydatów wstępujących do szkół weterynaryjnych było wymagane świadectwo dojrzałości szkoły średniej.

β) Aby czas studyjów weterynaryi został przedłużony na 4 lata.

b) Praktykę weterynaryjną z pożytkiem dla kraju i społeczeństwa wykonywać mogą jedynie weterynarze, którzy otrzymali pełne wykształcenie naukowe i zawodowe.

c) Kształcenie personalu weterynaryjnego niższej kategoryi i oddanie w jego ręce leczenie zwierząt domowych byłoby szkodliwem dla ogółu.

2. a) Ażeby ze względu na identyczność grużlicy i perlicy bydła rogatego i możliwość przenoszenia się zarazka tej choroby z bydła na ludzi za pomocą mięsa i mleka spożywanego zaraza ta była objęta ustawą o chorobach stadnych.

b) Wypracowanie projektu tej ustawy i przedłożenie go właściwym władzom przekazuje się członkom dotychczasowej komisyi wybranej z łona sekcyi weterynaryjnej.

III. Wniosek sekcyi geologiczno-geograficznej:

Na wniosek sekcyi tej VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uznaje potrzebę i zaleca urządzenie zbiorów mineralogiczno-geologicznych we wszystkich miastach powiatowych Galicyi.

IV. Wnioski sekcyi okulistycznej podano w sprawozdaniu z obrad tejże sekcyi.

V. Wnioski sekcyi matematyczno fizycznej:

1. Członkowie VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, nabywszy przedmioty wystawione w grupie II. wystawy przyrodniczo-lekarskiej, mają zaszczyt ofiarować je miastu Krakowowi dla muzeum techniczno-przemysłowego z prośbą, aby, gdy muzeum to mieścić się będzie w nowym gmachu, przedmioty powyższe mogły stanowić zaczątek działu wynalazków polskich w naukach matematycznych, fizycznych i lekarskich.

2. Sekcyja, uznając ważność badań nad historyją nauk ścisłych w Polsce, wyraża życzenie, aby przy Komisyi dla badań nad historyją literatury i oświaty w Polsce przy Akademii Umiejętności powstało grono osób, mające za zadanie opracowanie programu badań i ogłaszanie prac z tej dziedziny w wydawnictwach Komisyi.

VI. Wniosek delegatów Towarzystw lekarskich:

Szósty Zjazd uchwala ujednostajnienie słownictwa lekarskiego polskiego, a to zapomocą nowego uzupełnionego wydania słownika lekarskiego i w tym celu:

1) Wzywa wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie i Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu do wyznaczenia ze swojego grona po trzech, tudzież redakcyje wszystkich czasopism polskich do wyznaczenia po jednym delegacie.

2) W ten sposób złożone komisyje miejscowe zajmą się przejrzeniem słownika celem uzupełnienia jego braków i wyszukania wszystkich spornych wyrazów najpóźniej do końca grudnia b. r.

3) Wszyscy członkowie wymienionych komisyj miejscowych zbiorą się w terminie i czasie później oznaczyć się mającym i powezmą stanowcze uchwały co do wszystkich spornych wyrazów.

4) Redakcyje wszystkich czasopism lekarskich polskich zobowiążą się trzymać się stanowczo i ściśle nomenklatury i terminologii objętéj słownikiem, który Towarzystwo lekarskie krakowskie wyda uzupełniony i przerobiony stosownie do uchwał komisyi wspólnej, złożonej z powyżej określonych komisyj miejscowych.

VII. Wniosek p. Karłowicza:

Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników raczy uchwalić prośbę do Wszechnicy Jagiellońskiej o dopuszczenie kobiet do wykładów na wydziale filozoficznym, lub urządzenie oddzielnych w tym kierunku kursów.

Po uchwaleniu wszystkich wniosków, które jednomyślnie przyjęto, dyrektor wystawy przyrodniczo-lekarskiej dr. Śliwiński przedstawił wynik premiowania wystawców. Sędziowie wystawy przez wdzięczność dla twórcy zjazdów i wystaw przyrodniczo-lekarskich dr. Adryjana Baranieckiego kazali wybić jedyny medal złoty tym samym stemplem, którego czcigodny dyrektor i założyciel muzeum techniczno-przemysłowego używał dla premiowania wystawców w r. 1869. Medal ten wśród przeciągłego, nieustającego grzmotu oklasków i fanfary orkiestry wręczył dyrektor wystawy dr. Baranieckiemu, który ze wzruszeniem dziękując za zaszczyt i owacyje, oświadczył, iż spełniał tylko swoją powinność, a objawy uznania są przecenianiem jego pracy.

Podniósł także dr. Śliwiński, iż ilość nagród jest małą w stosunku do liczby wystawców, a to z tego powodu, że komitet nie przewidywał tak poważnego ich zastępu. Spodziewano się stu najwięcej, tymczasem w wystawie wzięło udział przeszło 400, a liczba okazów przeszła 1 500.

Jury rozdało ośm dyplomów honorowych, 32 medali wielkich srebrnych, 36 medali srebrnych, 25 wielkich medali bronzowych, 24 medali bronzowych, 12 publicznych podziękowań i 6 listów pochwalnych.

Po odczytaniu listy nagrodzonych prof. Mareš w gorących słowach podziękował w imieniu czeskich uczestników za przyjęcie, jakiego Czesi doznali w Krakowie.

Imieniem kolegów z Warszawy dziękował za przyjęcie prezydentowi miasta, mieszkańcom, prezesowi i komitetowi Zjazdu wiceprezes dr. Dickstein zapewniając, że pobyt w Krakowie pozostawia najtrwalszą pamięć i pomyślne nadzieje dla rozwoju nauki.

Zakończył obrady posiedzenia i zamknął Zjazd przewodniczący Wydziału gospodarczego prof. Rydygier. Mowca oświadczył, że o rezultatach Zjazdu jeszcze sądzić nie można, Zjazd jednak dowiódł, że w pracy na niwie nauki nie pozostajemy w tyle za innemi narodami. Zjazdy są nietylko jakby żniwa z trzechletniéj pracy, lecz są także zasiewami na przyszłość. Plon nie da się za tem z góry przewidzieć i określić. Prof. Rydygier wyraża nadzieję, że nowy Wydział lekarski we Lwowie będzie także nowem ogniskiem nauki lekarskiej. Życzeniem, aby i w innych miastach Polski nauka polska zabłysła, kończy mowca okrzykiem: „do widzenia w Poznaniu za trzy lata!“ Osobno zwraca się do Czechów z podziękowaniem za udział i pomoc w pracach Zjazdu. W końcu zaprasza wszystkich na raut do sali „Sokoła“ i ogłasza zamknięcie Zjazdu.

Na zebranie pożegnalne urządzone przez Wydział gospodarczy w sali Sokoła, przybyło z górą 500 osób, w tej liczbie wiele pań. Cały przebieg zebrania imponującego liczbą dawał rękojmię, że przy tak rozumnem, dbałem, uprzejmem i gościnnem zaaranżowaniu każdy wyniesie najprzyjemniejsze wspomnienie, i szczerą wdzięczność dla gospodarzy.

Toastów szereg rozpoczął prof. Rydygier wznosząc zdrowie cesarza Franciszka Józefa. Wszyscy obecni trzechkrotnie powtórzyli okrzyk „Niech żyje“ i stojąc wysłuchali hymnu państwowego, który muzyka zagrała.

Następnie przemawiali prof. Rostafiński, wznosząc zdrowie uczestników Zjazdu, dr Sokołowski na cześć miasta w ręce prezydenta dr Szlachtowskiego, dr. Szlachtowski zdrowie gości czeskich, dr. Nečas zdrowie prezesów Zjazdu, protomedyk dr. Merunowicz zdrowie przyrodników w ręce dr. Rehmana, który zakończył toastem „kochajmy się!“ Ale ten szereg to dopiero początek przemówień pełnych zapału.

Jaki panował nastrój w zebraniu, świadczy najlepiej okoliczność, że po tylu przemówieniach usunięto stoły i przy dźwiękach znakomitej muzyki rozpoczęły się ochocze tańce, które trwały do 2-giej godziny po północy.

W wtorek dnia 21 lipca bardzo liczne grono uczestników Zjazdu udało się do Wieliczki celem zwiedzenia sławnych kopalni soli. Nazajutrz zaś grono liczące 50 członków pod przewodnictwem dr. Surzyckiego wybrało się na wycieczkę do Zdrojowisk krajowych. *Dr. Beck.*

IV. Wiadomosci bieżące.

†

IZYDOR KOPERNICKI

urodzony 16/IV 1825 w Ukrainie, † 24 września 1891 w Krakowie.

Nader bolesną stratę ponieśli lekarze polscy przez śmierć jednego z najgodniejszych i najwykształceńszych pracowników. Straciliśmy kolegę, którego hasłem była praca, i to praca ustawiczna, uczciwa, który nieszczęsnym zbiegiem okoliczności zmuszony był śród pracy ciągłéj łamać się z przeciwnościami, a nawet z niedostatkiem, a który pomimo twardéj szkoły, jaką przebyć był zmuszony, nigdy na duchu nie upadał i do ostatniego tchnienia pracując jak Archimedes śród swoich figur legł śród swoich zbiorów. Przez cały ciąg życia swego skromnego jak filozof starożytny przyświecał przykładem młodszym i złożył dowód, że śród trosk o życie pracować można i żyć skromnie a uczciwie. To też nie ugiął on się pod brzemieniem życia a zwalczyła go tylko choroba zdradziecka, która położyła kres pracy niezmużonéj. Niemasz już między nami Kopernickiego, ale życie jego winno pozostać drogoskazem dla rodaków naszych a zarazem nauką, że śród najcięższych warunków można stać się chlubą dla kraju i umiejętności.

Urodzony dnia 16 kwietnia 1825 r. we wsi Czyżówce, w powiecie Żwinogrodzkim, na Ukrainie, ś. p. Kopernicki uczęszczał do szkół gimnazyjalnych w Złotopolu, Kijowie i Winnicy, na medycynę w Kijowie a osiągnąwszy tamże w r. 1849 dyplom doktorski, jako stypendysta rządowy wstąpił do służby wojskowéj; jako taki znajdował się podczas oblężenia w Sebastopolu, gdzie jak poprzednio już nad Dunajem, pod Oltenicą i Silistryją, a następnie w Krymie czynny był jako chirurg wojskowy. W r. 1857 uwolniwszy się od służby wojskowéj objął posadę prosektora w uniwersytecie kijowskim, którą to posadę pełnił przez lat 6, a zarazem wykładał anatomiję operacyjną oraz porównawczą. W r. 1863 porzucił obowiązki uniwersyteckie i oddał się na usługi rannych w Kaliskiem; w jesieni tego roku wyjechał do Paryża, gdzie gorliwie pracował w anatomii oraz uczęszczał na odczyty w Sorbonie, *College de France* i w *Jardin des Plantes*, biorąc udział w rozprawach na posiedzeniach Towarzystw lekarskich. W r. 1864 udał się do Serbii a po kilku miesiącach pobytu w tym kraju przeniósł się do Bukaresztu. Tu zobowiązał się rządowi rumuńskiemu kontraktem do utworzenia w ciągu lat 6 gabinetu anatomicznego preparatów suchych i wyskokowych, którýby wystarczał do wykładu anatomii opisowéj i topograficznéj. Chlubnie wywiązawszy się z przyjętego obowiązku z początkiem r. 1871 oddał wydziałowi lekarskiemu zbiór, złożony z 380 preparatów z anatomii ludzkiéj i 300 okazów zootomicznych. W uznaniu zasług rząd rumuński wyjednał Kopernickiemu medal 1-éj kl. „bene merenti“. W r. 1871 przeniósł się Kopernicki do Krakowa i tu pozostał już aż do śmierci. W r. 1876 uzyskał w Uniw. Jagiell. stopień Dra wszech nauk lekarskich, uprawniający go do praktyki w państwie austryjackiem, a w r. 1876 habilitował się w tutejszym Wydziale lek. jako docent antropologii. Oddany ciągle studyjom umiłowanym, zmuszony atoli był w lecie szukać chleba powszedniego w praktyce lekarskiéj, którą przez szereg lat wykonywał zrazu w Rabce, a następnie w Maryjenbadzie i to w porze letniéj kąpielowéj, podczas gdy porę zimową poświęcał dalszym studyjom antropologicznym. Licznemi swemi pracami, ogłoszonemi przeważnie po polsku i w wydawnictwach Akademii Umiejętności, któréj był jednym z najgorliwszych członków, po części zaś i w językach obcych, zyskał sobie sławę nietylko śród rodaków ale i za granicą, która go zaszczycała tytułami i w literaturze nie szczędziła uznania. To téż rzadko które nazwisko polskie w naszych czasach było za granicą tak znane jak imię Kopernickiego; to też często do niego udawali się uczeni zagraniczni o wyjaśnienie, bądź listownie, bądź osobiście. Wskutek usilnych starań wydziału lek. krakowskiego Kopernicki przed paru laty mianowany został

nadzw. profesorem antropologii, pomimo, że w państwie austryjackiem w żadnym wydziale lekarskim niema katedry dla antropologii. Przed rokiem, jakby przeczuwając bliski skon, Kopernicki ofiarował wszystkie swoje bogate zbiory antropologiczne Uniwersytetowi Jagiellońskiemu, bez żadnych dla siebie korzyści, a sprawa ta, ważna dla naszego uniwersytetu, jakkolwiek dotąd nie jest jeszcze prawnie załatwioną, to jednak nieboszczyk zbiory swoje zaraz oddał w przechowanie uniwersytetowi, który je umieścił w kilku odpowiednich ubikacyjach. Od kilku lat niedomagając podupadał od pół roku coraz bardziéj, tak że w lecie zaledwie zdołał zawlec się do Gleichenbergu, zkąd tylko powrócił, aby umrzeć na ziemi ojczystéj. Uczonemu, który bez przesady mógł o sobie powiedzieć: „*Impavidum ferient ruinae*“, ziemia ojczysta, którą tak serdecznie kochał, będzie lekką, a pamięć jego powinna być cenną i świętą dla młodszego pokolenia, które w zmarłym ma wzór, jak bez zwątpienia w warunkach twardych pracować można i należy na chlubę ojczyzny!

W oddaniu ostatniéj czci pamięci ś. p. Kopernickiego brali udział reprezentanci wszystkich warstw społeczeństwa naszego, począwszy od zastępcy Protektora Akademii Umiejętności, Prezesa jéj, Rektora uniwersytetu, profesorów wszystkich szkół i uczniów. Towarzystwo lekarskie krak., działając w intencyi nieboszczyka zamiast wieńca przeznaczyło odpowiednią kwotę na cele trwałéj pamiątki po zmarłym oraz przesłało wdowie pismo kondolencyjne. Również zgodnie z ostatnią wolą Zmarłego zaniechano liczniejszych przemówień nad grobem, a JE. prezes Majer w przemówieniu swojem objął także Tow. Lekarskie. *L. B.*

* We Wiedniu umarł d. 23 września b. r. Dr. Konstanty Heumann, pensyjonowany c. k. starszy lekarz sztabowy I-éj kl., kawaler orderu korony żelaznéj 3 éj kl., odznaczony medalem wojskowym itd., licząc lat 64. Ś. p. Dr. Heumann był rodowitym krakowianinem i wychowańcem szkół krakowskich, jednym z pierwszych doktorów krakowskich, którzy po przejściu Krakowa pod władzę austryjacką wstąpili do armii i w niéj do służyli się najwyższych stopni. Był to mąż zacny, skromny i uczynny; w armii był opiekunem rodaków swych ściślejszych i gdziekolwiek bawił, zawsze odznaczał kolegów ze szkół krakowskich. To też używał on powszechnego szacunku i miłości ze strony przełożonych i podwładnych, z którymi zawsze obchodził się jako z młodszymi kolegami. Przez długi czas pełnił obowiązki przełożonego szpitala garnizonowego w Krakowie, następnie w Budapeszcie i we Wiedniu, zawsze jednak wzdychał za Krakowem. Wszyscy, którzy się z nim stykali, oddawali hołd jego prawości i zacności, a wiadomość o jego śmierci zasmuciła liczną jego rodzinę, w Krakowie mieszkającą, do których należy i zasłużony prof. Oettinger.

D. 19 września umarł Dr. Mikołaj Kowalewski, profesor fizyjologii w Uniwersytecie kazańskim, znany z licznych i poważnych prac w dziedzinie fizyjologii. Urodzony w r. 1840 w Kazaniu, po ukończeniu studyjów tamże kształcił się u Owsiannikowa, Brückego i Ludwiga, w r. 1865 mianowany został profesorem fizyjologii w Kazaniu; prace swoje ogłosił w językach rosyjskim i niemieckim.

W Krakowie umarł d. 30 września Dr. Władysław Krajewski w 54 roku życia. Nauki lekarskie odbył w Warszawie w Akademii medyko-chirurgicznéj. Po odbyciu przymusowéj podróży na daleki wschód wrócił do Warszawy w r. 1869 a ztamtąd udał się do Wiednia, gdzie uzyskał stopień doktora wszech nauk lek. Praktykował w Cieplicach czeskich. Kilka prac lekarskich ogłosił w pismach warszawskich. Znany był jako lekarz światły i człowiek zacny.

Wreszcie wypada nam zapisać jeszcze jeden przypadek śmierci. Otóż przedwczoraj umarł w Krakowie śmiercią nagłą śród pełnienia obowiązków lekarskich Dr. Jan Ziembiński, krakowianin i wychowaniec szkół tutejszych, licząc lat 43. Był to kolega skromny, lubiany tak przez kolegów jak przez chorych, grzeczny i uczynny dla każdego.

* **Kraków** d. 1 Października. Pomiędzy lekarzami szpitala śgo Łazarza rozeszła się wieść, że dyrekcyja szpitala przedstawia czy już przedstawiła Wys. Wydziałowi krajowemu we Lwowie wniosek o utworzenie posady stałego sekundaryjusza w oddziale położniczo-ginekologicznym tegoż szpitala. Zapisujemy wieść tę, nie ręcząc za fakt, a zapisujemy ją dlatego, ponieważ ona wywołała zaniepokojenie u młodszych kolegów w szpitalu tym praktykujących, zwłaszcza że urzeczywistnienie téj wieści musielibyśmy uznać za rzecz niewłaściwą. Nie tylko w kraju naszym ale i w całéj monarchii niema w żadnym szpitalu, a nawet w żadnym Wydziale lekarskim, podobnego precedensu; wszędzie bowiem posady sekundaryjuszów i asystentów są czasowemi, tak że po upływie 2, względnie 4, a co najwięcéj 5 lat każdy sekundaryjusz czy asystent, choćby najzdolniejszy i najzasłużeńszy, ustąpić musi, aby zrobić miejsce dla młodszego kolegi, w téj saméj gałęzi lub w tym samym oddziale kształcić się pragnącego. Jedyny wyjątek stanowi Obserwatoryjum astronomiczne, przy którem istnieje asystent stały czyli adjunkt, z powodów, których wyłuszczenie byłoby tu nie na miejscu. Ponieważ atoli niemożemy dopatrzyć się najmniejszéj analogii pomiędzy astronomią a położnictwem, niepojmujemy znaczenia téj zamierzonéj u nas innowacyi, którą uważamy nietylko za niepotrzebną ale wprost za szkodliwą. Dlatego, póki jeszcze czas, wołamy: *Caveant consules!*

* Według obliczenia Anglików umiera rok rocznie na całéj kuli ziemskiéj osob 33 miliony, czyli dziennie 91.554, co godzina 3730, a 62 osób co minuta. Średnio trwa życie człowieka lat 38. Czwarta część ludzi umiera przed ukończeniem 7 roku życia, $^1/_2$ przed 17-ym rokiem. Na 10,000 ludzi jeden człowiek kończy 100 lat, na 90 ludzi jeden 90 lat, a na 100 ludzi jeden kończy rok 60. Z ludzi, którzy dochodzą do 70 lat życia, na 1000 ludzi jest 43 księży lub polityków, 40 gospodarzy wiejskich, 33 robotników, 32 wojskowych, 29 adwokatów, względnie inżynierów, 27 nauczycieli i 24 lekarzy. (*Wien. med. Blätt.*)

* Cholera wzmaga się znów w Syryi, zwłaszcza w okolicy Alepa, gdzie dotąd umarło osób 2500 z téj zarazy.

* Hypnotyzm i hysteryja. Pod tym tytułem rodak nasz Dr. J. Babiński w Paryżu d. 23 czerwca b. r. miał wykład w Salpetrière, a z wykładu tego zdaje sprawę znany neuropatolog wiedeński baron Pfungen w Nrze 37 *Allg. W. med. Ztg.* z d. 15 września b. r. Znając wielką zacność, wiedzę i skromność Dra Pfungena, cieszymy się, że sąd jego nieuprzedzony wypadł na korzyść naszego rodaka, który jako b. asystent Charcota najlepszą miał sposobność poznania licznych a rzadkich przypadków, mieszczących się w Salpetrière, oraz badania i leczenia ich pod okiem uznanego mistrza. To też recenzent wiedeński odróżnia między szkołą w Nancy, reprezentowaną głównie przez Bernheima, a paryską, któréj głową Charcot. Podczas gdy szkoła pierwsza, a więc głównie Bernheim, a za nim Forel, uważają hypnotyzm za pomocny we wszystkich chorobach, zwłaszcza nerwowych i przewodu pokarmowego, i dziwią się, że lekarze nie osiągają choć 80% uleczeń, — hypnotyzowanie zaś uważają za objaw u każdego człowieka zdrowego wywołać się dający — Babiński przeciwnie, idąc za Charcotem, uważa sugestyję hipnotyczną już jako objaw chorobowy i stosuje ją tylko do hysteryi. Recenzent dopatruje się tylko jednéj luki w pracy naszego rodaka, a mianowicie że nie opisał dokładniéj stanu umysłowego tych osób, które okazały się zdolnemi do sugestyi. W ogóle zaś recenzent wyraża się bardzo pochlebnie o pracy Babińskiego, a z naszéj strony zwracamy uwagę czytelników polskich, że wobec niektórych niepowołanych, narzucających się po kraju z radą i leczeniem hipnotycznem, miło jest spotkać rodaka lekarza, który pod każdym względem jest kompetentnym do wypowiedzenia swego zdania na podstawie sumiennych i trzeźwych studyjów, odbytych w najbardziéj do tego powołanéj klinice Charcota.

* W tygodniu 37-tym (od 13—20 września) było w Krakowie małżeństw 10,urodzeń 45, skonów 29; z tych z gruźlicy7, z nieżytu jelit i żołądka 5, z czerwonki i zapalenia płuc po 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Prof. Schauta mianowany został następcą prof. Braun-Fernwaldta w Wiedniu, a klinikę jego w uniwersytecie niemieckim w Pradze objął zastępczo docent wiedeński i asystent prof. Chrobaka Dr. Rosthorn. — **Budapeszt**. W 15 bm. rozpoczął się rok szkolny, a ze sprawozdania ustępującego rektora prof. Schuleka wynika, że w ubiegłym roku wykładało w uniwersytecie 75 zwyczajnych, 20 nadzwyczajnych, 7 zastępujących profesorów, 89 docentów i 4 nauczycieli; liczba uczniów wynosiła w półroczu pierwszem 3589, a w drugiem 3300; promocyj było 478, wydatki uniwersytetu wynosiły 712,727 złr. Po tem sprawozdaniu objął urzędowanie nowy rektor baron Dr. Eötvös. —Według urzędowego sprawozdania w roku ubiegłym wydziały lekarskie we Francyi (w liczbie 6-ciu) kosztowały 716,184 franków, a ponieważ dochód ich wynosił 759,455 fr., więc pozostała nadwyżka w kwocie 43,171 franków.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 38: Orłowskiego: Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniem soku jądrowego; Oderfelda: O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznéj t. zw *diverticulum Meckelii* (dok.) — W *Kronice Lek.* Nr. 9: Święcickiego: O operacyjach celem usunięcia tyłozgięć macicy; Zawadzkiego: O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania (dok.). — W *Medycynie* Nr. 38: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik. -- W *Pamiętniku Tow lek warsz.* zeszycie II: Kohna: Wpływ soli rtęciowych na przemianę i przyswajanie azotu; Rupperta: O pochodzeniu żółciowéj marskości wątroby.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Fr. CHŁAPOWSKI: O nasieniotoku i jego leczeniu: Poznań 1891 (odbitka z *Nowin Lek.*) in 8-vo str. 13. — Dr. FURST (docent uniw. w Lipsku): Künstlich corrigirte v. natürl. Mineralwässer in d. Therapie d. „harnsauren Diathese" (odbitka z *W. Med. Zeitung* 1891, Nr. 73, 74), in 8-vo str. 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 7 października b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Lazarskiego (*Colleg. physic*). — Porządek dzienny: 1) Wspomnienie pośmiertne o ś. p. J. Kopernickim; 2) kol. prof. Obaliński przedstawi przypadki chorobowe.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 19.782 **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Przy przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada prymaryjusza z płacą roczną do końca roku 1891 w ilości 800 złr. w. a. zaś od dnia 1 Stycznia 1892 roku w ilości 900 złr. w. a.

Kandydaci do téj posady muszą oprócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1. obywatelstwo austryjackie,
2. stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryjackich,
3. dwuletnią praktykę szpitalną oraz poświadczenie, że wykonywali znaczniejsze operacye,
4. dokładną znajomość języków krajowych,
5. nieskazitelny charakter.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyjum Magistratu w Przemyślu do końca października 1891.

Z Magistratu miasta Przemyśl, dnia 27 września 1891.

Dworski.

L. 571. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II asystenta przy katedrze anatomii opisowej z płacą roczną 150 złr. i wolnem pomieszkaniem.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10 października 1891 r.

Kraków dnia 25/9 1891 r.

Stopczański, Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 10 Października 1891. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O zwyrodnieniu koloidowem.

Napisał
Prof. A. Obrzut w Pradze.

(Odczyt[1]) miany na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.)

Szanowni Panowie! Pojęcia nasze o różnych procesach degeneratywnych nie są jeszcze dzisiaj dokładnie ustalone, sama nazwa zbiorowa obejmująca te procesy, nazwa „zwyrodnień“ może być zakwestyjonowaną, jak to czyni Lukjanow, proponując słusznie dla tych spraw miano „metamorphosis“, „przemiana“. Nietylko jakość tych przemian, ale i przedmiot, który im ulega, nie są dokładnie określone. Zwolennicy a autorowie patologii celularnéj załatwiają się szybko z pytaniem, co podlega zwyrodnieniu, są to po prostu komórki składowe organu zwyrodniałego. Dla pewnych zwyrodnień ten punkt wyjścia jest zupełnie jasnym, jak np. dla zwyrodnienia miąższowego, tłuszczowego, hydropicznego i innych. Pozostaje nam jednak cały szereg innych zwyrodnień czyli raczéj przemian, w których właśnie przedmiot zwyrodnienia jest mniéj znanym. Że tu wspomnę tylko o tak zwanych zwyrodnieniach: skrobiowatem, szklistem (amyloid i hyalin) i koloidowem. Dla téj grupy zwyrodnień prawie na pewno dzisiaj twierdzić można, że punktem wyjścia całéj sprawy nie są komórki ani specyficzne, ani podstawowe łącznotkankowe jakiegoś organu uległego tym zwyrodnieniom. Istoty skrobiowata, szklista i koloidowa charakteryzujące te zwyrodnienia są zupełnie czemś nowem, jakiemś plus, które bywa złożonem w dotyczącym organie. Elementy komórkowe zachowują się tu zupełnie biernie, przez coraz bardziéj wzrastający ucisk tych nowych istot ulegają wcześniéj lub późniéj zanikowi. Szczególniéj widocznem jestto w zwyrodnieniu skrobiowatem wątroby, gdzie amyloid występuje najpierw w przebiegu ścian naczyń włosowatych, i te są w ścisłym związku histogenetycznym ze zwyrodnieniem. Niewyjaśnionem dotąd jest tylko, gdzie układa się ta istota skrobiowata, na wewnętrznéj czy na zewnętrznéj stronie naczyń, czyli czy jestto prosta apozycyja, lub czy też ściana sama jest nią impregnowana, nacíekła. Do wyjaśnienia tych pytań mniéj się nadają przypadki rozlanego amyloidu wątroby z naczyniami zmienionemi w równym stopniu. Tu amyloid przedstawia się w postaci prawie jednako grubych linij specyficznie reagujących na barwiki, a okalających beleczki wątroby. Na takich linijach nic nie odczytamy. O wiele więcéj pouczającemi pod tym względem są formy amyloidu występującego w postaci mniejszych ognisk ograniczonych do pewnych części miąższu wątrobowego. Na preparatach, które szan. Panom mogę przedstawić, można łatwo zauważyć, że jestto po prostu treść naczyń włosowatych wątroby uległa przemianie amyloidowéj, że jestto zwyrodnienie nie składników wątroby, lecz krwi naczyń włosowatych. Istota amyloidowa zlewa się w jednę masę ze ścianą naczynia, ta masa z jednéj strony prowadzi do zamknięcia światła naczynia włosowatego, z drugiéj przez ucisk do zaniku beleczek wątrobowych. Analogiczny wpływ na miąższ wątrobowy, na treść naczyń włosowatych w cyjanotycznéj atrofii tego organu, a obraz ulegających zanikowi beleczek wątrobowych w obu razach jest ten sam. Podobieństwo tych dwóch tak różnych procesów staje się jeszcze wyraźniejszem z powodu znacznego nieraz rozszerzenia przestworów włosowatych, wypełnionych istotą amyloidową. Cała w ogóle konfiguracyja beleczek wątrobowych, szerokość naczyń włosowatych są w obu razach te same (z wyjątkiem rozumie się lokalizacyi w zraziku), różnica polega tylko na treści naczyń włosowatych.

Nie widzę najmniejszego powodu, aby istota amyloidowa w innych organach, np. w kłębkach Malpighiego nerki lub naczyniach większych miała inną genezę. To samo da się powiedzieć o zwyrodnieniu szklistem, które tworzy tylko pewną odmianę skrobiowatego.

[1]) W streszczeniu.

Moje zapatrywania na te zwyrodnienia wypowiedziałem już zresztą poprzednio na innem miejscu. Dziś chciałbym wspomnieć jeszcze o zwyrodnieniu koloidowem.

Jak wiadomo, z wszystkich organów najczęściéj i w najwyższym stopniu temu zwyrodnieniu podlega gruczoł tarczykowy. Proces ten występuje tu albo w sposób rozlany albo w mniejszych i większych ogniskach często otorbionych. Wejrzenie mikroskopijne i zbitość tych ognisk są nadzwyczaj różne, podobieństwo do skrzepu pośmiertnego krwi lub organizującego się albo w różnych stadyjach rozpadu jest dosyć częste.

Co do pochodzenia istoty koloidowéj, wypełniającéj światło pęcherzyków gruczołowych, prowadzącéj wreszcie przez ucisk na ściany do zlewania się treści więcéj pęcherzyków sąsiednich w zbite różnie upostaciowane masy, to różne wypowiedziano już hipotezy. Przypuszczenie, że istota koloidowa pochodzi z przemiany przybłonków wyścielających pęcherzyki, daje chyba najmniéj podstawy do poważnéj dyskusyi; podobnie rzec można o hypotezie, która koloid uważa za wydzielinę tych komórek przybłonkowych. W obu razach nie mamy żadnych danych histologicznych, któreby usprawiedliwić mogły podobne zapatrywania. Pozostaje nam tedy jedyne możliwe źródło dla téj istoty, mianowicie jakaś substancyja, która wnika z zewnątrz do pęcherzyka i tu przemienia się dopiero w koloid. Obecność komórek przybłonkowych podług Klebsa ma mieć pewien wpływ na tę przemianę, „bo, powiada ten autor, po zniszczeniu przybłonków zdaje się nie mieć miejsca już żadne nowotworzenie koloidu w dotyczącym pęcherzyku, masy koloidowe powiększają się wtedy raczéj tylko przez spływanie z pojedynczych pęcherzyków, gdy wreszcie i przedziałki między niemi zanikają i zostają przerwane“. Główną przyczyną zanikania przybłonków Klebs upatruje w ucisku mas koloidowych. Ucisk ten nie będzie bez wpływu i na zanik przegród między pojedynczemi pęcherzykami. Aby po zniszczeniu przybłonków ucisk ten mas koloidowych trwał daléj, aby sprowadził zanik przegródek i aby *vacuum* po zniszczonych przegródkach wypełniło się masą koloidową, to myślę pierwszym warunkiem tego jest zwiększanie się mas koloidowych, czyli ich nowotworzenie nawet po zniszczeniu przybłonków. Dlatego powyższe rozumowanie Klebsa nie wydaje mi się ściśle logicznem, bez względu na to, że ta rola przybłonków byłaby tylko jedną niewiadomą więcéj w naszem zrównaniu.

Jaką ta może być istota, która wnika do wnętrza pęcherzyków i zkąd ona może pochodzić? Niejakie światło na te pytania może nam rzucić dokładne studyjum histologiczne gruczołów zwyrodniałych. Opis zmian dotyczących, jaki znajduję w literaturze tego przedmiotu, jest pod wielu względami niezupełnym. Przedewszystkiem te luki chciałbym wypełnić, nie wdając się bliżej w znane szczegóły. — Dosyć pobieżnie jest traktowany pewien objaw, jaki na brzegach i wśród mas koloidowych napotykamy, mianowicie tak zwane wakuole, których możemy rozróżnić dwa rodzaje. Jeden rodzaj reprezentują przestwory wielkie okrągławe lub owalne po jednym lub po dwa, rzadko więcéj w jednéj skupinie masy koloidowéj. Te wakuole robią wrażenie albo zupełnie próżnych przestworów czyli raczéj wypełnionych jakimś gazem, albo też złożone są z istoty optycznie zupełnie różnéj od reszty koloidu. Ta różnica szczególnie wtedy jest wydatną, gdy albo cała masa koloidowa silnie się barwi a treść wakuoli jest bladą, bezbarwną, jednolitą lub delikatnie ziarnistą. Niekiedy tylko pierścień wakuoli silnie przyjmuje barwik.

Drugim rodzajem wakuol są tu przestwory okrągłe lub lekko owalne, robiące wrażenie próżnych. Najwięcéj uderza na tych wakuolach ich geometrycznie równa wielkość. Są one nieraz tak liczne, że cała nawet wielka bryłka koloidowa tworzy jakby siatkę, któréj oczkami są wakuole, a w któréj istota koloidowa wypełnia przestwory między oczkami *ad minimum* zredukowane. Te to wakuole są przyczyną półksiężycowatych zagłębień na brzegach mas koloidowych, które to wcięcia gęsto obok siebie ułożone powstają przez zanik masy koloidowéj, a może raczéj przez kurczenie się tejże. Najbardziéj na zewnątrz t. j. na samym obwodzie ułożone wakuole stają się wskutek tego półkolistemi i pół elipsowatemi zagłębieniami. Delikatne przegródki różnéj długości masy koloidowéj pomiędzy zagłębieniami obwodowemi sięgające aż do powłoki przybłonkowéj uchodziły dawniéj za dowód sekretorycznego powstawania koloidu z przybłonków. W niedawno utworzonym koloidzie, a za takowy można uważać nie barwiący się i blady, widzimy nieraz wakuole i masy koloidowe tworzące siatkę absolutnie identyczną z tą, jaką przy innéj sposobności jako siatkę hemoglobinową w wynaczynionéj krwi opisałem. Masa koloidowa optycznie niczem się tu nie różni od hemoglobiny lub zlanych z sobą ciałek czerwonych w jednolite żółto-zielonawe masy.

Ten to objaw był dla mnie przyczyną badania koloidu w tym kierunku, czy też koloid nie jest poprostu zmienioną krwią po wybroczynach do wnętrza pęcherzyków, zjawisku tak pospolitem w gruczole tarczykowym. Niektóre strumata na przekroju nie są niczem innem jak zbiorem cyst krwią wypełnionych. Otóż zachowanie się naczyń w przestworach międzypęcherzykowych potwierdza w zupełnie jasny sposób moje przypuszczenie. Widzimy bowiem często, jak naczynie krwionośne wnika do rozszerzonego pęcherzyka i jak szypułka bryłki koloidowéj stoi w związku z treścią tego naczynia. Treść naczynia wnikająca w ten sposób do pęcherzyka staje się jednolitą w warstwie przybłonkowéj, którą przerywa, przeważa się w cienką szypułkę, raczéj szyjkę i rozlewa się potem w świetle pęcherzyka. Tę przemianę krwi w istotę koloidową można często zauważyć i w naczyniach krwionośnych przetworów międzypęcherzykowych. Jakie przemiany chemiczne przechodzi krew, aby stała się koloidem, to pytanie zostawić musimy chemikom.

Wszystkie własności morfotyczne mas koloidowych, mianowicie tworzenia wakuol (obu rodzajów), własność barwienia się różnemi barwikami, możemy zauważyć w krwi i w innych organach. W samych zresztą masach koloidowych nie trudno znaleść resztek ciałek czerwonych różnie zmienionych. Pochodzenie mnóstwa niekiedy jąder w masach koloidowych również jest zrozumiałem, jeśli jako najobfitsze źródło istoty chromatycznéj uważamy ciałka czerwone krwi.

W zupełnéj zgodzie z tem przypuszczeniem co do pochodzenia koloidu pozostają okoliczności, że istota ta głównie tam się pojawia, gdzie i wybroczyny są zjawiskiem pospolitem, jak np. w nerkach, łożysku, nadnerczach, jakoteż to, że gruczoł tarczykowy wskutek swego unaczynienia, mianowicie częstéj stazy żylnéj (potęgowanéj chodzeniem po górach) jest bardzo skłonnym do wybroczyn.

Pochodzenie zatem hyaliny, amyloidu i koloidu jest jednakowem. Pozostaje tylko wyjaśnienie związku, jaki zachodzi między własnościami chemicznemi a morfotycznemi tych istot.

II. O leczeniu jaglicy (*Trachoma*).

Napisał

Dr. Franciszek Sroczyński,

I. asystent kliniki okul. prof. Rydla w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Zobaczmyż teraz jaki jest zakres wskazań i co nam dać może leczenie chirurgiczne, zmierzające do ryczałtowego usunięcia zmian jaglicowych. Pierwsze zawiązki postępowania chirurgicznego w najłagodniejszéj formie występują w metodzie wygniatania. Pod tym względem wyprzedzili nas już starożytni Grecy, którzy za radą Hipokratesa rozdrapywali spojówkę jaglicową przez pocieranie milezyjską wełną, nawiniętą na kawałek drewienka. Sposób ten jednak nie doszedł u lekarzy greckich do znaczenia wyłącznéj ogólnéj metody, jak tłomaczy bowiem Anagnostakis, czynili oni to tylko w celu przygotowania spojówki dla energiczniejszego działania *cuprum sulfuricum*.

Do wysokości osobnéj metody leczniczéj, co prawda w postaci mniéj archaicznéj, urosło wygniatanie dopiero między rokiem 1872—1874 po równoczesnem niemal zaleceniu przez Cuiqueta, Mandelstamma i Wicherkiewicza.

Postępowanie to w pierwotnéj swéj postaci nadawało się pierwotnie tylko do górnej powieki, wygniatamy tu bowiem ziarna jaglicowe przez chwycenie załamku pomiędzy paznogciowe powierzchnie obu palców dużych, co na dolnej powiece z natury stosunków anatomicznych wykonać się nie daje. Udoskonalenie dalsze zawdzięczamy naszemu koledze Drowi Kramsztykowi z Warszawy, który dla ułatwienia manipulacyi na dolnéj spojówce podał osobną pensetę. Od biedy wystarczyć może w tym celu zwykła nieco bardziéj wykrzywiona penseta tęczówkowa, jak to zaleca Hotz z Chicago, a którą i ja również z zupełnem zadowoleniem się posługuję. Rezultaty osiągnięte przez wygniatanie są tak bijące w oczy, że spojówka już w kilka dni po zabiegu przedstawia obraz, którego i kilkumiesięcznem używaniem *cuprum* osiągnąćbyśmy nie zdołali[1]). Rzadko kiedy wystarcza jednorazowe wygniecenie, zazwyczaj okazuje się potrzebnem po pewnym czasie powtórzyć manipulacyję w miarę o ile nowe głębsze granulacyje wykwitły nad powierzchnię. Kto do metody téj dobiera starannie odpowiedne przypadki, ten bez przechwałki poszczycić się może poważną liczbą wyleczonych nieraz ciężkich przypadków w ciągu 6—8 tygodni. Z tem wszystkiem niedowierzająca rezerwa, z jaką zrazu świat okulistów przyjął nową metodę, nie dozwoliła jéj się odrazu rozpowszechnić.

Dopiero od roku 1886 po krótkim artykule Hotza [2]) zwrócono na nią baczniejszą uwagę i odtąd posypały się relacyje o świetnych nie przewyższonych niczem rezultatach tego sposobu. Jak zwykle, entuzyjazm i w tym przypadku zaszedł za daleko. Jeżeli Hotz twierdzi, że w każdym przypadku zaczyna leczenie jaglicy od zastosowania téj metody, to dałoby się to tylko usprawiedliwić odmienną formą amerykańskiéj jaglicy. W przebiegu naszéj jaglicy odróżniamy za Raehlmanem trzy okresy. Okres pierwszy, tworzących się głębokich i drobnych ziarn jaglicowych, obok mniéj lub więcéj rozwiniętego przerostu brodawkowatego; okres drugi stłuszczenia ziarn, które poczynają się zlewać tworząc większe grudki, przybierają barwę żółtawo-szarą, a treść miękką galaretowatą łatwo wydostającą się przez kruche osłonki; stadyjum trzecie obejmuje zmiany polegające na zbliznowaceniu po poprzedniem owrzodzeniu granulacyj. O wygniataniu może być mowa jedynie w okresie stłuszczenia (okres drugi), w pierwszym granulacyje głębokie, drobne i oporne wygnieść się nie dają, w ostatniem zaś nie ma co wygniatać. Jeżeli do tego dodamy, że ziarna nie są jedynym produktem zapalenia egipskiego, że przeciwnie w większéj liczbie przypadków przerost brodawkowy przeważa, pojmiemy, że zakres wskazań dla metody wygniatania jest w rzeczywistości bardzo szczupły. Kilka odosobnionych granulacyj, które komuś w pierwszym lub na przejściu do trzeciego okresu uda się wygnieść, na przebieg sprawy miejscowéj i na komplikacyje z pewnością mało wpływa. O znakomitych rezultatach, jakie daje wygniatanie, można mówić tylko w drugiem stadyjum jaglicy w formach przeważających ziarn jaglicowych.

Przeglądnąwszy protokół ambulatoryjny naszej kliniki, znajduję, że w liczbie 519 chorych leczonych w ostatnich dwóch latach na jaglicę mogliśmy tylko w 36 zastosować wygniatanie, czyli zaledwie w 6% przypadków, mimo, że jak sądzę, żadnemu z przypadków kwalifikujących się nie odmówilibyśmy dobrodziejstwa tej metody. O d n o ś n i e d o w y g n i a t a n i a m o g ę z a t e m w y p o w i e d z i e ć t e z ę: j e s t t o s p o s ó b b e z p o r ó w n a n i a l e p s z y i s z y b c i e j p r o w a d z ą c y d o c e l u o d w s z y s t k i c h ś r o d k ó w f a r m a c e u t y c z n y c h i w o g ó l e d r a ż n i ą c y c h, z a k r e s j e d n a k w s k a z a ń t e j m e t o d y j e s t n a d z w y c z a j c i a s n y, j e ż e l i z z a s t o s o w a n i a j e j c h c e m y o d n i e ś ć r z e c z y w i s t ą k o r z y ś ć.

Przykład chirurgów robiących tak rozległe zastosowanie z „*Ferrum candens*“ musiał z konieczności odbić się i w leczeniu tak uporczywej choroby jak jaglica. Dopóki wytwarzanie żaru polegało na prymitywnem rozpalaniu żelaza w żarzących węglach, a choćby nawet na wynalazku Paquelina, nie mogli okuliści korzystać z tych grubych, niezbyt miniaturowych narzędzi. Dopiero galwanokaustyka pozwoliła okulistom wyzyskać należycie ten dzielny środek leczniczy. Pierwszy krok zrobił w tym względzie Korn z Wrocławia, który w roku 1870 zalecił gorąco galwanokaustykę dla ciężkich i niezbyt świeżych przypadków zapalenia egipskiego. Pomysł Korna przez długie lata pozostał bez oddźwięku, Korn bowiem posługiwał się grubym drutem, którym nadto manipulował jak *cuprum sulfuricum*, tuszując po płaszczyźnie spojówki. Nie dziw więc, że spotkał się z ostrą krytyką ze strony Justa, [1]) który w sposobie tym upatrywał tylko środek sprowadzający głębokie blizny, przy zastosowaniu silnego żaru. Jeszcze niefortunniejszym był pomysł Unterharnscheida [2]) z Akwizgranu, który drut platynowy

[1]) Niepożądaną właściwością téj metody jest jéj bolesność, na którą mało co wpływa zapuszczenie kokainy pod powiekę. Ból ten jednak nigdy nie jest tak silnym, iżby mógł skłonić nas do użycia narkozy. — [2]) *Die Behandlung des Trachoms durch Auspressen der Körner etc. Arch. f. Augenheilkunde* XVI.

[1]) *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1883.* — [2]) *Unterharnscheidt Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1883.*

zastąpił szeroką płytą w celu wygodnego przypalania powierzchni. Dopiero Samelsohn z Kolonii podał racyonalne zasady użycia galwanokauteru w jaglicy. Celem uniknięcia rozległych blizn radzi on wypalać tylko pojedyncze ziarna, względnie większe przerosłe brodawki, do czego właśnie nadaje się bardzo szpiczasty palnik Sattlera-Niedena. Tym sposobem odpada zarzut sprowadzania rozległych blizn, wypalamy bowiem tylko utwory zgóry skazane na zbliznowacenie, a mogące w danym razie propagować sprawę jaglicową w coraz szerszych granicach.

Od tego czasu leczenie galwanokaustyczne poczęło zjednywać sobie coraz więcej zwolenników i to nie tylko w leczeniu zmian pierwotnych na spojówce, ale i komplikacyi rogówkowych, jak łuszczka i wrzody. W roku 1886 doniósł Fröhlich [1]) o znakomitych wynikach w leczeniu łuszczki jaglicowej po przypalaniu galwanokauterem granicy rogówkowo twardowkowej. Widział on przypadki, gdzie wzrok w trzy dni po tem postępowaniu z poczucia światła podnosił się do liczenia palców na kilka stóp. Profesor Hirschberg [2]) zaś z Berlina zaleca gorąco we wszystkich przypadkach poczynającej się ostréj łuszczki galwanokaustykę rąbka spojówkowego, twierdząc, że wstrzymuje to od razu szerzenie się sprawy. Sam pod tym względem nie mógłbym wykazać się własnèm doświadczeniem i nie posługiwałem się w leczeniu łuszczki galwanokaustyką, nie sądzę bowiem, aby naczynia w rozwoju łuszczki odgrywały przeważną rolę i aby przypalanie pewnego obszaru naczyń odżywiających i tak już skromnie odżywianą rogówkę mogło wpłynąć korzystnie na jej odporność. Co do mnie, to w klinice dra Wicherkiewicza widziałem galwanokaustykę stosowaną na wielką skalę w jaglicy, sam zaś od trzech lat stósowałem galwanokaustykę w kilkunastu nadających się przypadkach.[3]) Procedura po jednorazowem zapuszczeniu kokainy jest prawie bez bolesną tak, że i dzieci małe dobrze ją i spokojnie znoszą. Na każdem posiedzeniu wypalałem kilka, najwyżej kilkanaście ziarn, ryczałtowe wypalenie mogłoby zbyt silną wzniecić reakcyę, względnie skutkiem wielkiej ilości strupów wywołać łatwo ekskoryacyje lub infiltracyje na rogówce. Na szczęście natura sama stawia tamę zbyt pochopnemu wypalaniu w ciągu jednego posiedzenia, spojówka bowiem po kilku ukłuciach zaczerwienia się i z lekka obrzmiewa, skutkiem czego reszta ziarn kryje się w spulchnioną tkankę. Wypalanie odbywać się powinno przy zachowaniu wszelkiej aseptyki, a po wypaleniu należy spłukać spojówkę sublimatem i zasypać miałki jodoform. W tych warunkach reakcya jest minimalną, a lekkie obrzmienie wnet ustępuje po półgodzinnem stosowaniu okładów zimnych. Tylko w początkowych okresach może wystarczyć jedno posiedzenie, w przypadkach średnich wypadnie kilka i więcej razy wypalić, a w dodatku dla usunięcia resztek przerostu tkanki stósować następowe leczenie zwykłemi środkami. Z 17-tu w ten sposób leczonych przypadków mógłem w czterech usunąć zmiany i w przeciągu czterech tygodni,[4]) co prawda te ostatnie należały do okresów początkowych, ograniczonych tylko do załamka bez afekcyi spojówki chrząstkowej, reszta wymagała nadto kilkutygodniowej kuracyi następowej zwykłemi środkami. Blizny powstające przy ostrej pętli galwanokaustycznej są minimalne, punktowate i jeżeli tylko forma jaglicy nie była zbyt rozlaną, nie wpływają ony wcale ani na rozległość worka spojówkowego, ani też na kształt chrząstki, kierunek ich bowiem jest prostopadły do powierzchni spojówki.

Natomiast zastosowanie galwanokaustyki z wyraźnym celem zniszczenia wszystkich produktów jaglicy w formach rozlanych, musiałoby z konieczności przyspieszyć tylko niepożądane następstwa rozległego zbliznowacenia worka spojówkowego. Z natury rzeczy zatem, i to jest moją tezą, nadaje się galwanokaustyka jedynie dla przypadków jaglicy w okresie początkowym, przy zajęciu nieznacznej części obszaru spojówki. Ze względu na ograniczony zakres wskazań dzieli ona los metody wygniatania, jakkolwiek nierównie więcéj przypadków da się leczyć galwanokaustyką, aniżeli wygniataniem, to ostatnie bowiem daje się uskutecznić jedynie tylko w stadyjum drugiem formy ziarninowej, podczas gdy w zakres galwanokaustyki wchodzą przypadki okresu pierwszego i drugiego nie wykluczając formy brodawkowej o większych wybujałościach.

Przypadki jaglicy ciężkie, rozlane na całą przestrzeń spojówki powiekowej, budziły oddawna pokusę u śmielszych lekarzy przypalania spojówki jaglicowej silniejszemi żrącemi środkami leczniczemi. I tak już w roku 1868 Richet, nieco późniéj zaś Darier, zalecają dla ciężkich form, zwłaszcza przy twardych granulacyjach, zastosowanie kwasu chromowego. Neuimin zaś w roku 1886 podał dowcipny sposób, polegający na znanèm żrącem działaniu zasypywania kalomelu przy wewnętrznem podawaniu K J. Sam przed kilku miesiącami zachęcony doniesieniem z kliniki Jurasza o pomyślnych rezultatach *acidum trichloroaceticum* w laryngologii i w leczeniu przerostu migdałków, rozpocząłem próby z tym środkiem, rychło jednak mimo uderzająco na razie pomyślnych wyników, po trzech przypadkach zaniechałem tego środka. Przerost spojówki i łuszczka ustępowały wprawdzie nadspodziewanie szybko, ale kosztem głębokich, rozległych blizn na spojówce. Wszystkie te środki po krótkim żywocie zeszły niespostrzeżenie z horyzontu i śmiało powiedzieć mogę, że wszelkie usiłowania wyleczenia jaglicy za pomocą jakichkolwiek drastycznych środków żrących, z góry uznać możemy za chybione, mimo bowiem szybkiego uporania się z chorobą, sprowadzimy w najlepszym razie następstwa, jakie jaglica w najgorszym razie za sobą pociąga, tj. ogólne zbliznowacenie z podwinięciem brzegu powiekowego i *„xerosis“* spojówki.

Prawie równocześnie z zaleceniem galwanokaustyki pojawiła się myśl ściśle operacyjnego usuwania jaglicy spojówkowej. Wprawdzie pierwsze prace Schnellera i Heisratha, którym Niemcy przypisują prawo pierwszeństwa, pojawiły się po roku 1882, wedle jednak wiarogodnego świadectwa Bracheta pierwszy Gałęzowski, bo już od roku 1870, kultywował metodę operacyjną.

Pierwotny typ téj operacyi zasadzał się na wycięciu części, lub całego załamka z oszczędzeniem tkanki podspojówkowéj i chrząstki z zakładaniem, lub też bez zakładania szwów. Zwolennikami tego sposobu operowania są Schneller i szkoła Gałęzowskiego. Praca Schnellera ogłoszona w piśmie tak ściśle naukowém jak „Archiv“ Graefego, musiała na siebie zwrócić powszechną uwagę, jakkolwiek wnioski przez

[1]) *Knapps Archiv für Augenheilkunde 1886 „über Galwanokaustik“.* — [2]) *Therapeutische Monatsblätter 1890.* — [3]) Od czasu zredagowania niniejszego referatu liczba ta wzrosła do 34. — [4]) Mam tu na myśli usunięcie radykalne, jak mnie bowiem dwuletnia obserwacyja pouczyła, przypadki te wolne były od „recydywy“.

niego wyprowadzone brzmiały tak legendarnie, że większa część poważniejszych okulistów odwróciła się od niego z niedowierzaniem, zapominając o tem, że i w przesadzie może się znaleść ziarnko prawdy. Schneller wyniki swoje streszcza w następujących tezach: 1) Wycięcie załamka redukuje czas leczenia jaglicy na 25 do 35 dni. Komplikacye ze strony rogówki, już istniejące, przedłużają leczenie tylko o dni kilka.

2) Linearna blizna, powstała po operacyi w miejscu załamka, jest bez znaczenia, ubytek bowiem spojówki w rezultacie jest zawsze mniejszy, niż część wycięta, której powierzchnia w następstwie obrzmienia zapalnego i przerostu jest zawsze w jaglicy zwiększona.

3) Komplikacyje ze strony rogówki, jak łuszczka i wrzody, ustępują bez zwykłéj terapii w przeciągu 10—16 dni, z wyjątkiem tylko przypadków, gdzie gojenie rany przebiegało z bujaniem granulacyj przyrannych, co może nie tylko przedłużyć leczenie następowe, ale nawet nowe wywołać infiltraty i wrzody.

4) Zmiany jaglicowe w pozostałej nie wyciętej części spojówki ustępują same bez następowego leczenia przy prostem tylko oczyszczaniu spojówki sublimatem.

5) Cierpienie zostaje wyleczonem radykalnie, recydywy nie zdarzają się.

Koroną optymizmu Schnellera jest punkt ostatni, w którym utrzymuje, że wycięcie załamka winno i w łuszczce skrofulicznéj wywrzeć pomyślne działanie.

Rzecz prosta, że tak bajeczne podania musiały oddziałać odstraszająco i zdyskredytować metodę operacyjną, nawet w lepszéj formie i trzeźwiéj zalecaną dwa lata przed tem przez Heisratha w piśmie co prawda nie specyalnie okulistycznem [1]), niedziw zatem, że sąd powag o leczeniu operacyjnem musiał wypaść potępiająco. Nie rozumiemy, odpowiedziano, w jaki sposób wycięcie załamka ma skrócić czas leczenia jaglicy, a nawet wyleczyć ją radykalnie, skoro jaglica w rzadkich tylko przypadkach ogranicza się do samego załamka. Ale przypuściwszy, że jakimś cudownym sposobem to osięga, cóż powiedzieć o metodzie, która z rozmysłu sprowadza to, co sama choroba nie leczona sprowadza, to jest, skrócenie worka spojowkowego, podwinięcie brzegu powiekowego, utrudnienie ruchów powiek, a nawet gałki ocznej [2])! Załamek, powiada Hotz, posiada ważne fizyologiczne działanie pośredniczenia biernego w ruchach powiek i gałki. Usunięcie załamka wywołać musi stan analogiczny do tego, jaki wywołuje „trachoma“ w okresie zbliznowacenia: „ptosis“ z utrudnieniem dźwigania powieki a pośrednio upośledzenie ruchów gałki. Zarzuty to ciężkie i z punktu teoretycznego zupełnie słuszne. Sam Schneller nieśmiało wprawdzie ale dość wyraźnie napomyka jakby nawiasem, że niektórzy z operowanych jego żalili się na nieco niższą szparę powiekową, i że oko nieco trudniej otwierać mogli. Ponieważ Schneller nazywa metodę swą metodą Heisratha, a praca ostatniego stała się mniej dostępną, rzecz naturalna, że surowy wyrok potępienia, słuszny zupełnie wobec postępowania Schnellera, metodą generalizowania spotkał też postępowanie Heisreitha, a z nim zaciężył nad operacyjnem leczeniem jaglicy w ogólności, zwłaszcza że sędziowie wydawali po większej części wyroki przy zielonym stoliku, nie na podstawie własnych doświadczeń.

Operacyja Heisratha różni się tymczasem kardynalnie od szablonowego wycinania załamka. Wychodząc z zasady, że największe złe jaglicy, t. j. łuszczka i wrzody, zależą jedynie od zmian na spojówce górnej, tę ostatnią tylko poddaje operacyi, stara się natomiast części schorzałe usunąć radykalnie, wycinając spojówkę wraz z chrząstką aż do granicy zmian jaglicowych. Operacyja odbywa się w głębokiej narkozie, załamek wyciągnięty ostremi haczykami przez asystenta oddziela się nożyczkami suniętemi w tkance podspojówkowej przy starannem oszczędzaniu tkanki podspojówkowej w części gałkowej i preparując aż do górnego brzegu chrząstki wycina się wraz z takową cięciem równoległem do brzegu powieki cały obszar schorzały. W ten sposób usuwał Heisrath często paski spojówki 1—1·5 cm. szerokie tak, iż nierzadko zaledwie 4—5 mm. wąski pasek spojówki chrząstkowej pozostawał. Na podstawie 230 operowanych w ten sposób przypadków, zalecił Heisrath metodę swą dla wszystkich cięższych chronicznych przypadków jaglicy, podnosząc szybkie ustępowanie komplikacyi, skrócenie znaczne czasu leczenia i zapobieganie recydywom. Złych następstw operacyjnych nie obserwował Heisrath. Rozgłos uzyskała metoda Heisratha dopiero w parę lat później, kiedy szkoła królewiecka pod opieką Jacobsona oświadczyła się za leczeniem operacyjnem. Prace Richtera [1]) i Vossiusa potwierdziły zupełnie podania Heisratha.

Na zjeździe okulistów w Heidelbergu w roku 1885 zalecił Vossius gorąco metodę Heisratha formułując korzyści tej metody w trzech punktach:

1) W skróceniu czasu leczenia jaglicy do kilku miesięcy nawet w przypadkach komplikacyj rogówkowych, gdzie terapija zwykła wymagałaby lat kilku.

2) W szybkiem przywróceniu zdolności do pracy u ludzi biednych, żołnierzy i studentów, których zawód koliduje często z długiem leczeniem zwykłym sposobem.

3) W zapobieganiu szerzenia się infekcyi wśród mas.

Zgodnie z twierdzeniem Heisratha tak Vossius, jak i inni operatowie nie obserwowali nigdy upośledzenia ruchomości powiek, ani entropium, a już najmniej owej kosmetycznie szpecącej ptosis, która w zarzutach teoretycznych przeciwników metody operacyjnej tak stale i konsekwentnie się powtarza. Co do mnie, nie mogę się poszczycić tak wysokiemi liczbami operowanej jaglicy jak Vossius, który w podręczniku swym mówi o 800 tego rodzaju operacyjach. Operowałem w myśl Heisratha dotychczas dopiero sześć przypadków, stosunki kliniki naszej bowiem nie dozwalają zazwyczaj przyjmowania chorych jaglicowych. Na podstawie tych sześciu przypadków pozostawionych mi łaskawie przez profesora Rydla, przekonałem się o zupełnej bezpodstawności powyższych zarzutów. I tak jako bezpośredni skutek operacyi nie tylko nie widziałem entropium ale nawet lekkie odstawanie powieki od gałki, co jest raczej pożądanem we wszystkich przypadkach łuszczki i wrzodów jaglicowych. Mechanizm jest tu wprost odwrotnym, niż przy prostem wycinaniu załamka z pozostawieniem całej chrząstki. Podczas gdy bowiem w ostatnim przypadku nienaruszona chrząstka w stosunku do pozostałej spojówki jest za wysoką, i po założeniu szwów w następstwie napięcia spojówki musi sprowadzić wykrzywienie takowej z podwinięciem brzegu wol-

[1]) Heisrath: *„Berliner klinische Wochenschrift* 1882. — [2]) Patrz między innemi: *„Archiv. für Augenheilkunde XVI“ „die Behandlung des Trachoms durch Auspressen der Körner im Gegensatz zur Excision der Übergangsfalten“*.

[1]) *Graefe's Archiv. für Ophthalmologie* XXXI T. 4.

nego, tutaj stosunek ten staje się albo normalnym lub odwrotnym, ztąd lekkie odstawanie powieki, które jednak w kilka dni po operacyi przy opatrunku uciskowym trwale ustępuje. Podobnież groźba ptosis okazała się w moich przypadkach zupełnie płonną: skutek był wprost przeciwny, mianowicie natychmiastowe uderzające zwiększenie wysokości szpary powiekowej. Spostrzeżenia przeciwne, których nie brak nawet w pracach zwolenników operacyjnego leczenia w ogólności, jak Schnellera a z naszych operatorów kolegi Ziemińskiego, tłomaczą się okolicznością, że autorowie ci albo wcale nie, lub też stosunkowo do wyciętej części załamka zamało wycinali chrząstki. W tych warunkach bowiem twarda i niepodatna chrząstka w stosunku do skróconego znacznie załamka jest za wysoką, aby mogła mimo napięcia załamka poddać się działaniu „*M. laevator palpebr. sup.*“ podczas gdy chrząstka skrócona wprost mechanicznie siłą szwów, a później blizną dźwigniętą zostaje ku górze, przyczém zyskuje nawet względnie na sile mięsień dźwigacz, w stosunku bowiem do ściętego brzegu górnego chrząstki operacyja działa analogicznie jak przemieszczenie ścięgna ku przodowi.

Co do wpływu operacyi na komplikacyje rogówkowe nie mógłbym zdania własnego wypowiedzieć, z sześciu bowiem moich przypadków tylko jeden cierpiał na łuszczkę, która przynajmniej w tym przypadku bynajmniej przez przeciąg 2 do 3-ch tygodni nie zmieniła się i skłoniła nas do użycia *Cuprum sulfuricum*. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Dahmer (Crefeld): **Nowy sposób przedwstępnego przysposobiania plwocin w celu badania prątków gruzliczych.**

Zamiast, jak Biedert podaje, plwociny przed barwieniem gotować z ługiem sodowym, ogrzewa D. takowe przez 15 minut w kąpieli wodnéj. Przez ogrzanie krzepnie białko. Po ostudzeniu opadają części stałe, bakteryje na dół kieliszka z sobą zabierając, gdy tymczasem od góry zbiera się biała, opalizująca ciecz, którą się delikatnie odlewa. Osad dolny, zbitości sera, rozciera się dokładnie w mozdzierzyku achatowym. Korzyści metody téj są następujące: 1) Odpada gotowanie z ługiem, a zatem czynność cała jest krótszą. 2) Skrzepnięte białko natychmiast na spód naczynia opada, gdy tymczasem używając metody Biederta często 2 dni na to czekać trzeba. 3) Osad daje się jednostajniéj na szkiełka rozetrzeć. 4) Prątki są jednostajnie rozdzielone, wskutek tego z ilości ich łatwiéj można wnosić o postępach choroby. 5) Prątki już przy pierwszém barwieniu stale się zabarwiają. Sposób ten został przyjęty przez Kocha i Pfuhla. (*M. med. Wr.* Nr. 38, 1891).

Patologija.

Sahli (Berno): **O przepłukiwaniu organizmu ludzkiego i doprowadzaniu wody w chorobach.**

Francuzi Dastre i Loye, wprowadzając zwierzętom wprost w żyłę rozczyn soli kuchennéj (0·7%) spostrzegli, iż infuzyja taka działa moczopędnie, i że można ją bezkarnie godzin kilka utrzymywać. Pewną ilość wody zatrzymywał organizm zwierzęcy czas dłuższy, jeżeli jednak infuzyja trwała daléj, diureza rozpoczynała się i tyle zawsze moczu odchodziło, ile wody do żyły wprowadzono. Organizm w ten sposób stawał się sitem lub pewnego rodzaju beczką Danaid. Mocz oddawany zawierał początkowo prawidłową ilość moczanów, w miarę jednak trwania tego „przepłukiwania“, mocz stawał się bardziéj wodnisty i tracił na ciężarze gatunkowym. Oppenheim i Mayer powtórzyli doświadczenie Dastra i przyszli do przekonania, że cały ten zabieg do lepszego wyługowania mocznika z organizmu się przyczynia. Samo nasunęło się teraz pytanie, czy w przypadkach samozakażeń organizmu (*antointoxicatio*), jak w uremii, cholemii, acholii i w *coma diabeticum*, tego rodzaju przepłukiwania nie dadzą się użyć w celach leczniczych. Próby w tym celu przez Dastra na zwierzętach rozpoczęte, nie udały się, a według Sahlego dlatego, iż robione były po zaszczepieniu wąglika i nosacizny, a nieudowodnioną jeszcze jest rzeczą, czy choroby te na istnieniu w organizmie trucizny chemicznéj polegają. Sahli zmodyfikował też sposób infuzyi wprost do żyły, zastępując ją hypodermatoklysą Cautaniego, a uważając za rzecz nieobojętną wystawiać całemi godzinami odsłoniętą żyłę na działanie zewnętrznego powietrza, przystąpił wprost do doświadczeń na człowieku i osiągnął bardzo zachęcające wyniki w przypadkach uremii i w durze z silnemi przypadłościami durzycowemi (*status typhosus*).

Przyrząd za pomocą, którego wprowadzał znaczną ilość wody zazwyczaj w skórę brzucha, składa się z flaszki Erlenmeyera mogącéj 1 litr wody pomieścić. Do niéj przez kauczukowy szczelnie przylegający korek wchodzą dwie rurki i termometr. Obydwie rurki schodzą aż na dno flaszki, a do końca wewnętrznego drugiéj, 2 razy pod kątem prostym zagiętéj rurki, przymocowaną jest rura kauczukowa kaniulą ostrą zaopatrzona. Cały przyrząd działa jak lewar, a przez niższe lub wyższe ustawienie flaszki, można pod różnem ciśnieniem wodę pod skórę wprowadzać. Rozczyn solny (0·7%) powinien być sterylizowany i posiadać ciepłotę ciała. Da się to osiągnąć przez ogrzanie całéj flaszki. Tego rodzaju infuzyja jest czasem bolesną, jednak znaczne nawet ilości wody szybko zostają wessane (15 minut), a ból ustępuje. Z przytoczonych historyj chorób dowiadujemy się, iż w przypadkach uremii wprowadzał S. cztery razy dziennie po 1 litrze wody, przyczem ilość moczu jakoteż i części jego stałych każdorazowo się zwiększała, a objawy zatrucia moczowego zupełnie ustępowały. Hypodermatoklyza w tych przypadkach tylko wtedy przeciwwskazaną będzie, jeżeli w skutek znacznéj puchliny czynność serca jest lichą i jeżeli spostrzegamy początki obrzęku płuc. Często możemy łączyć z zabiegiem tym leczenie apteczne. Opierając się na najnowszych badaniach Briegera, że *status typhosus* także tylko jest objawem samego zakażenia tyfotoksynami, użył Sahli podskórnych wstrzykiwań znacznych ilości wody w celu wypłukania z organizmu jadu durowego. I w tych przypadkach oddawanie moczu zwiększało się, tętno stawało się silniejsze, przytomność wracała i cały stan chorego znacznie się polepszał. Zabieg wpływał nawet obniżająco na ciepłotę. Korzystne działanie w durze nie tylko przypisać należy wydalaniu toksynu z organizmu, ale jak i w cholerze w dostarczaniu organizmowi wody. W durze bowiem skutkiem gorączki i biegunki także do znacznéj jéj utraty, a następnie do zagęszczania krwi i wysuszenia tkanek przychodzi, a dowodem tego suchość ciała i języka.

W przypadkach chemicznego zatrucia metalami (u robotników) wskazaną jest również hypodermeklyza. W przytoczonéj historyi choroby czytamy, iż u robotnika z hydrargyrozą ilość moczu powiększyła się o 5300 cc., przyczem ilość stałych składników z 60 do 107 gr. wzrosła.

Wprowadzenie znacznych ilości wody w chorobach zakaźnych, czy to *per os* czy pod skórę, ma w ogóle doniosłe znaczenie i przez lekarzy zaniedbywane być nie powinno, albowiem woda przechodząc przez organizm zwiększa ilość moczu i do szybszego wydalania składników chorobotwórczych się przyczynia. (*Volkm. Sammlg. kl. Vortrg.* 1890 Nr. 11).

Dr. Mendelsburg.

Terapija.

Dr. Franciszek Chłapowski: **O nasieniotoku i jego leczeniu.**

Jak autor sam na wstępie zaznacza, nie występuje w rozprawie niniejszéj z nowemi badaniami, lub odmiennemi od znanych spostrzeżeniami. Natomiast daje nam Ch. monografiję dość wyczerpującą tego uporczywego cierpienia, które tak bardzo daje się we znaki nietylko pacyjentom, ale i lekarzom, a które niedość jest opracowane w literaturze szcze-

gólnie swojskiéj tak, że co do powstawania i leczenia téj choroby u lekarzy istnieją bardzo mylne zapatrywania.

Co do etyjologii nasieniotoku nie przypisuje Ch. zmianom miejscowym w krokowéj części cewki moczowéj wielkiego znaczenia, jakkolwiek przyznaje, że przewlekła rzeżączka może sprowadzić niedomykalność przewodów wytryskowych (*duct. ejaculatorii*); podobny wpływ wywrzeć mogą i inne cierpienia cewki moczowéj, jakoteż pęcherza lub odbytnicy. Nierównie częstszą przyczyną nasieniotoku są cierpienia nie miejscowe, lecz ogólne, głównie neurastenija, niekiedy także inne choroby układu nerwowego środkowego. W niektórych przypadkach téj kategoryi stała utrata nasienia działa osłabiająco na układ nerwowy i w ten sposób powstaje błędne koło, z którego wyjście jest trudnem. Autor podnosi jednak, że na utraty te nie wszystkie ustroje jednakowo oddziaływają, odporność niektórych organizmów jest bardzo znaczną, jak tego dowodzą przykłady ludzi oddających się samogwałtowi, u których nałóg ten niemal żadnych nie pozostawia śladów, podczas gdy u innych sprowadza poważne zaburzenia. Ostro występuje autor przeciw mniemaniu głęboko niestety zakorzenionemu, jakoby wstrzymywanie się od spółkowania mogło stać się powodem nasieniotoku. Dostaje się też coś zwolennikom injekcyj soku jądrowego lub sperminy (Brown-Séquard).

Trudno tu powtórzyć symptomatologiję nasieniotoku i towarzyszących mu objawów nerwowych, które Dr. Chłapowski szczegółowo przedstawił; nie dozwalają tego ramy krótkiego sprawozdania. Ciekawych odsyłamy do oryginału.

Co do leczenia, to zgromiwszy przedewszystkim tych, którzy uważając nasieniotok za następstwo „abstinencyi“, rzucają swych pacyjentów w ramiona prostytucyi i przedstawiwszy smutne następstwa tego postępowania, każe autor zwrócić główną uwagę przeciw cierpieniu podstawowemu, a więc najczęściéj walczyć przeciw neurastenii. Z lekarstw niewątpliwie działają nieraz skutecznie lupulina, strychnina, kamfora i ergotyna; z tych działanie wytłómaczone jest tylko co do ostatniego środka (zwęża naczynia zaopatrujące ośrodki nerwowe w mózgu i rdzeniu). Morfina jest również nieraz skuteczną, ma jednak tę wadę, że sprowadza zaparcie stolca. Wspomina również o bromku sodu (3—6 gr. dziennie), azotanie srebrowym, przetworach żelazowych, arszeniku. Dobry skutek widział Ch. po stosowaniu tłuszczów, a nadto radzi szczególnie zwracać uwagę na uregulowanie stolca.

Następnie przechodzi autor do leczenia miejscowego, które w przypadkach nasieniotoku wywołanego przez rzeżączkę jest wskazane. Tu należy prócz działania na błonę śluzową cewki środkami ściągającemi lub przyżegającemi, wprowadzanie do cewki dylatatorów, świeczek, ochładzanie jéj zapomocą psychroforu i wreszcie stosowanie prądu galwanicznego, przerywanego w okolicę części rodnych.

Szczególnie jednak zaleca autor środek czysto mechaniczny, zastosowany pierwszy raz przez Trousseaua, polegający na wprowadzeniu choremu do odbytnicy przyrządu z drzewa lub metalu kształtu jajowatego, którego działanie jest tego rodzaju, że wyciąga gruczoł krokowy ku górze i rozciąga w ten sposób cewkę i jéj naczynia. Przyrząd ten zaopatrzony otworkiem do wypuszczania wiatrów chory nosi stale i wyjmuje go tylko podczas oddawania stolca. Rezultaty otrzymane z tym przyrządem, (które dr. Chłapowski na podstawie własnych spostrzeżeń przytacza), są bardzo zachęcające. (Osobne odbicie z *Nowin Lekarskich* Nr. 6—8. 1891. str. 13, z rycinami). *Dr. A. Beck.*

Farmakologija.

Dr. Korsch: Doświadczenia nad leczniczą wartością wody arszeniko-żelazistéj źródła Gubera w Srebrnicy w Bośnii.

Powszechnie cenionem jest działanie kw. arsenawego w przypadkach bezkrwistości, błednicy, chery zimniczéj i gruźliczéj. Przetwór ten zwiększa stanowczo ilość czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie i przyczynia się skutkiem tego do większego osadzania się tłuszczu w tkankach podskórnych. Trujące działanie arszeniku polega głównie na odbieraniu krwi żelaza, tworząc z nim połączenia nie dające się utleniać; dlatego leczenie za pomocą wód arszenikalnych, w których kwas arsenawy znajduje się wraz z żelazem, jest już ze względu na możność zadawania większych dawek racyjonalniejszym, niżeli podawanie tak powszechnie dotychczas używanego roztworu Fowlera. Z istniejących źródeł arszenikowych (Levico-Ronsegno) bośniackie źródło Gubera w Srebrenicy, dzierżawione przez znaną firmę Mattoniego, poszczycić się może największą ilością żelaza, dlatego i skuteczność jego znaczniejszą być musi. Korsch leczył źródłem Gubera nietylko przypadki bezkrwistości wrodzonéj u dziewcząt z przypadami nerwowemi, ale także u kobiet zamężnych bezpłodnych, u których anemija miała za podstawę zboczenia płciowe a szczególniéj zanadto obfite miesiączkowanie i silne upławy. Z przytoczonéj kazuistyki przekonać się możemy, że działanie źródła tego pomyślnym skutkiem było uwieńczone. Kobiety po pewnym czasie traciły upławy, zaczęły miesiączkować normalnie i ostatecznie zastępowały. Także w przypadkach reumatyzmu mięśniowego podawana woda Gubera cierpienie łatwo usuwała. (*Memorabilien* zeszyt 6, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Prof. I. Kratter (Insbruck): O ciekawem działaniu piorunu.

Rozpoznanie śmierci z rażenia piorunem jest rzeczą nader trudną, zwłaszcza że tak zwane figury piorunowe, jakie się spotkać zdarza na ciele piorunem rażonych, należą do nieczęstych zjawisk. W przypadku, jaki się dostał pod ocenę prof. K., znaleziono w kieszeni denata wrzekomo rażonego piorunem masę złożoną z zespojonych i na brzegach stopionych centów i czworaka. — Zlutowanie takie centów i stopienie ich brzegów może nastąpić za zadziałaniem wysokiéj ciepłoty, jaką elektryczność jest w stanie wywiązać. K. wkładał centy do rury drzewianéj i przepuszczał przez rurę mocne prądy elektryczne, przyczem się przekonał, że już prądy o natężeniu takiem, z jakiem w celach technicznych użytek znajdują, stopnienie i zlutowanie przedmiotów metalowych wywołują. Ten fakt przekonywa, że do stopienia i zespojenia przedmiotów metalowych nie tylko cała iskra piorunowa, często do 9 mil geogr. długa, ale także część jéj mała wystarcza. Stopienie to występuje tylko na brzegach kawałków metalu, widocznie tam, gdzie iskra z jednego kawałka na drugi pada. Pieniądze o mniejszym przekroju, np. półcenty, przy równem natężeniu prądu prędzéj i silniéj ze sobą się spajają niż pieniądze o przekroju większym, np. centy stare, zbrudzone i warstwą tlenku miedzi (złych przewodników elektryczności) powleczone monety prędzéj i łatwiéj niż nowe i czyste; luźnie między sobą ułożone łatwiéj niż zwarte w ścisłą kolumnę. Pojaw ten zlutowania monet lub innych metalowych przedmiotów u denatów znajdowanych, po wykluczeniu innych przyczyn nagłéj śmierci, przemawia zdaniem autora za zadziałaniem mocnego prądu elektrycznego tak piorunu, jak i prądu w celach technicznych używanego. (*Vierteljschr. f. gericht. Med.* 1891, II. Bd.)

Dr. Wachholtz.

IV. Przyczynki do epidemijologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

Niezbyt dawno wyraziliśmy przekonanie, że w obec corocznie już powtarzających się wybuchów cholery w prowincyjach arabskich nad morzem Czerwonem, jak również w Syryi i Mezopotamii, w obec wielkiego prawdopodobieństwa rozwleczenia się zarazy jeszcze bardziéj na północ — organa czuwające nad zastosowaniem środków ochronnych przeciwko przerzutowi chorób zakaźnych ze Wschodu ku nam, rozwiną całą energiję, aby jeżeli już nie zmienić zupełnie dotychczasowego systemu profilaktycznego, to przynajmniéj wprowadzić weń ulepszenia, wykazane postępami hygijeny i nabytem doświadczeniem. Gdy więc dzisiaj sfery najbardziéj interesowane wyczekują decyzyj zapadłych na ostatnim Zjeździe międzynarodowym hygijenistów w Lon-

dynie; gdy światłe przynajmniéj warstwy społeczeństwa wyrozumiały i przekonały się wreszcie, że przestrzeganie przepisów hygijenicznych zapewnia zdrowie i życie, usuwa nędzę, że „Hygijena stała się istotną częścią ekonomii politycznéj“ (Brouardel) — my, z punktu naszego wschodniego stanowiska, winniśmy uwydatnić i ocenić warunki zdrowotne miejscowe i to wszystko, co zostało przedsiewziętem lub dokonanem ku ich polepszeniu. Od mniéj lub więcéj silnego natężenia w rozwoju chorób zakaźnych właściwych Wschodowi, od zwracania bacznéj uwagi na częste ich powtarzanie się, prawie zawsze z charakterem morderczych epidemij, zależy i pośpiech, z jakim środki ostrożności zwykle zastosowują.

Po kongresach międzynarodowych w Carogrodzie, Hadze i Rzymie doszłych wprawdzie do skutku, lecz pozostałych bez praktycznego rezultatu, pamiętamy, jak wielkie wrażenie wywarły w łonie Akademii nauk w Paryżu omówione przez profesora Prousta warunki epidemijologiczne Wschodu, przebiegi cholery w Arabii i dżumy w Persyi! Uczony hygijenista i inspektor jeneralny służby zdrowia we Francyi z całem przekonaniem i energiją przemawiał tam za koniecznością utrzymania tak zwanych „kwarantan“ czyli nad potrzebą pozostania przy stale ulepszanym systemie ostrożności międzynarodowych przeciwko cholerze. Żądanie to zostało opartem na udowodnionem i zbytjuż częstem powtarzaniu się cholery, czego jawny dowód mamy i w tegorocznym jéj wybuchu nad morzem Czerwonem i odnowieniu się jéj w Alepie i okolicy. Powody tego smutnego faktu i obaw dla ogólnego ustroju zdrowotnego, rozpatrzę i przedstawię nieco szczegółowiéj, opierając się na dowodach zaczerpniętych z urzędowych sprawozdań i z doświadczeń niektórych kolegów wysłanych na miejsce, gdzie się szerzyła zaraza.

Każdym więc razem, gdy ludy zamieszkujące obszerne państwo Otomańskie są wolne od sytuacyi, w obszernem słowa znaczeniu nazywanéj epidemiją, wtedy taki stan zdrowotny uważa się za zadowalający. — Ogniska bowiem duru, ospy, małe epidemije dławca i wysoka śmiertelność wskutek gruźlicy płuc, to stany interesujące przeważnie lekarzy praktyków. Dla hygijenisty zaś wschodniego oczywiście potrzeba, ażeby ustrój zdrowotny „zadowalający“ został koniecznie zachwiany stanem patologicznym, nie szerzącym się tylko w pewnych ograniczonych okolicach, lecz morderczo oddziaływającym na całe masy ludności. Wtedy to dopiero powołani i laicy rozwijają większą energiję i rozprawiając nad środkami ochronnemi dochodzą niekiedy do możności ich zastosowania, lecz prawie zawsze niedokładnego i najczęściéj opóźnionego, z powodu saméj odległości istotnych ognisk zakaźnych.

Taką też była sytuacyja zdrowotna w Turcyi od początku bieżącego roku aż do końca kwietnia. W całym bowiem kraju ustrój zdrowotny, choć zawsze pozostawiający coś do życzenia, nie był jednak zatrważającym. Lecz z początkiem maja patologiczny stan rzeczy przybrał charakter daleko groźniejszy, rozwinąwszy najwyższe gorączkowe wrażenie tak w sferach rządzących, jak również i w dziennikarstwie! Cholera bowiem wybuchła w lazarecie na wyspie Kameranie, pośród pielgrzymów indyjskich, przywiezionych na parostatku angielskim „Skultor“, a pochodzącym z Bombaju. Zapewniano, że parostatek ten w ciągu swéj podróży, trwającéj do dni siedmnastu, nie miał na pokładzie żadnego przypadku zarazy. Gdy jednak kilkunastu pielgrzymów zmarło na cholerę w samym Kameranie, parostatek ulegając naleganiom licznych podróżnych, zabrał ich znowu z lazaretu, aby odwieść z powrotem do Bombaju. W istocie też odjazd nastąpił 22-go maja. Pomimo jednak, że kilku pielgrzymów znalazło możność pozostania w Kameranie, zkąd nieco później udali się do Dżeddy, ocłtąd wszakże przypadków cholery nie zauważano więcéj w lazarecie.

Lecz na kilka dni przed uroczystościami mahometan w Mekce, które w tym roku przypadły na 15-go lipca, dwóch pielgrzymów malajczyków, powracających z Medyny i jeden przybyły z Dżeddy, zapadli na cholerę w saméj Mekce. — Początek więc tegorocznéj zarazy na półwyspie arabskim wypada odnieść do téj daty. Śmiertelność, dochodząca zrazu do 30 stu zejść na dzień, wkrótce podniosła się do 400 stu przypadków, tak straszne zniszczenie szerząc w ciągu kilku dni. Wiemy też z urzędowych wykazów, że od 11-go lipca do 6-go sierpnia było 3645 przypadków cholery. Jednakże bliższem będzie prawdy, gdy powiemy, że istotna liczba padłych tam na cholerę da się podnieść do liczby ośmiu tysięcy. Tak gwałtowne i szybkie szerzenie się zarazy, wywołując rozpierzchnięcie się pielgrzymów po dalszéj okolicy, sprowadziło zrazu złagodzenie zarazy, a następnie jak to zwykło bywać, zupełne jéj ustanie. Z początkiem też września cholera tegoroczna w świętych miejscach Islamu została uznaną za wygasłą. Bo jakkolwiek w okolicach Dżeddy miano jeszcze do czynienia z cholerycznymi, to jednak przypadki zarazy były tam lekkie i rzadkie. W obowiązku zas kwarantanowym w El-Tor, do którego skierowanymi byli pielgrzymi powracający do Europy, Egiptu i południowych wybrzeży afrykańskich, lekarze tam czuwający nie zauważali więcéj przypadków cholery. — Stanem zaś patologicznym wzbudzającym pewną obawę, była to dyzenteryja, rozpoznana ściśle drogą badań bakteryjologicznych. Wiadomość tę zawdzięczamy szan. kol. drowi Karlińskiemu, którego nielitościwy los służbowy, z wyżyń bosańskiego Perium, przeniósł nad morze Czerwone do El-Tor, dając możność umiejętnego przekonania się o istotnym stanie zdrowotnym pielgrzymów.

Północne okolice Syryi i w ciągu tegorocznego lata nie pozostały wolnemi od spłacenia haraczu zarazie, uważanéj tam za umiejscowioną prawie. Tam to w początkach czerwca stan zdrowotny mieszkańców w miejscowości Herim zaznaczył się szeregiem cierpień natury podejrzanéj i bardzo podobnych do przypadów cholerycznych. Wkrótce jednak fachowo i urzędownie dało się potwierdzić, że ta podejrzenie wzbudzająca choroba nie jest czem innem, jak tylko prawdziwą cholerą. Nie czekano też na szybki jéj rozwój. Z powyżéj zacytowanego punktu zaraza przerzuciła się do Aleppo. Piękne miasto stało się znowu ogniskiem dość silnéj epidemii, wkrótce rozwleczonéj i na dalszą okolicę i sięgającéj w kierunku ku morzu do Antyjochii, Bejlanu i Aleksandrettty. Na południu choroba ukazała się na pół drogi między Alepem i Hama, wyłącznie zaś w miasteczku Maarat. Daléj i nieco na wschód zostało dotkniętych kilka wiejskich osad w pobliżu prawego wybrzeża Eufratu. Najsilniejsze jednak i najwydatniejsze natężenie zaraza okazała w swym postępie na północ i północny wschód, grożąc ludnym miastom położonym przy drogach, prowadzących ku zachodniemu Kurdystanowi. Należy też zanotować, że tegoroczna cholera w Syryi i pewnych okolicach Mezopotamii zdaje się, że zmieniła typ zachowywany w uprzednich jéj postępach. — Z etapowego bowiem i stosunkowo łatwo dającego się oznaczyć punktu widzimy ją w tym roku wybuchającą w punktach oddzielnych położonych nawet w dali od punktów dotkniętych istotną epidemiją, a niemniéj i przedzielonych od niéj przeszkodami utrudniającemi częsty stosunek mieszkańców jednych z drugimi. Przykładem tego jest miasto Orfa, położone na północny wschód od Aleppa i odległe o siedm dni jazdy konnéj. Niemniéj jednak i tam zaraza okazała się bardzo morderczą.

Prócz epidemii cholery na wschodniem wybrzeżu morza Czerwonego, spotykamy ją także w Massuah, dokąd prawdopodobnie została przeniesioną z Indyj także drogą parostatków angielskich. W téj to miejscowości zajętéj dziś przez Włochów, śmiertelność wywołana cholerą była zarówno silną tak pośród europejczyków, jak i miejscowych. Stolica Persyi nadesłała nam również groźne wieści. Tam także zauważono przypadki cholery, słusznie uważanéj za zagrażającą posiadłościom ruskim transkaspijskim, a może i Turkestanowi nawet. Wreszcie przeniosłszy uwagę aż do głębokiego wschodu, spotykamy cholerę w Syngapurze, przeniesioną tam przez okręt, mający na swym pokładzie 800 robotników „Kaooli“, pośród których w czasie podróży z Kalkuty zmarło sześćdziesiąt osób. Komendant jednak okrętu ukrywszy starannie to niekorzystne zdarzenie, naj-

swobodniéj wysadził na ląd swych podróżnych, którzy też i przenieśli zarazę na półwysep Malakka. Dowód to pieczołowitéj ostrożności ze strony indo-angielskiéj! Że jest ona uporcie zaniedbywaną, potwierdza także przerzucenie się zarazy na dwa wojenne parostatki angielskie, pozostające w przystani przed Bombajem. Na nich w ciągu doby zauważono pośród załogi trzydzieści przypadków cholery, z których dziewięć miały fatalne zejście. Nie zapominajmy zacytować i faktu zaszłego w zatoce Suezu. Kapitan jednego z parostatków angielskich, pochodzącego z miejsc zakażonych nie chciał się po prostu poddać pozostaniu w El-Tor w ciągu dni naznaczonych na obserwacyję sanitarną. Na swoich wodach zamiar swój przeprowadziłby był do skutku. Tu jednak zmuszono go do poddania się regulaminowi międzynarodowemu, pomimo wszelkich pogróżek, najeżenia się grzywy lwa albiońskiego.

Wielostronne niebezpieczeństwo obudziło znowu czujność w sferach władz administracyjnych i kompetentnych. Nie zwlekały też one z zastosowaniem możebnych środków ostrożności sanitarnych. Ponawiając rozkaz najściślejszego obserwowania przepisów dotyczących traktowania okrętów przewozowych i pielgrzymów indyjskich dążących do Mekki, ustalono w lazarecie na wyspie Kamerun przyrząd desinfekcyjny systemu Geneste-Herszer. Na razie jednak nie należy sądzić, ażeby zastosowanie odwietrzań gorącą parą wodną dać miało zaraz pożądany rezultat. Byłoby to wymagać za wiele od tutejszych dążności zapobiegawczych! Niemniéj jednak sam już fakt ustalenia przyrządu desinfekcyjnego w jednéj z najgłówniejszych stacyj kwarantanowych jest już dowodem znacznego postępu, choć powolnego, lecz zawsze wzbudzającego większą niż dotąd otuchę i ufność w możebność złagodzenia siły zarazy. Czynna zaś od lutego komisyja lekarska na posterunku w Kameranie została w tym roku wzmocniona powagą takiéj osobistości jak Aryfa bey, wice-prezydenta międzynarodowéj rady zdrowia w Carogrodzie. Jego charakter jako muzułmanina oddziaływał też dodatnio na zfanatyzowane tłumy pielgrzymów. Komisarz też sułtański rozwinął całą swą energiję i pieczołowitość. Zwiedzając główniejsze posterunki, wszędzie pozostawiał dowody wspaniałomyślności sułtanskiéj, ustalając większą ilość namiotów, zaopatrując w żywność, rozdając sumy na koszta podróży dla niezamożnych pielgrzymów, a niemniéj też i wzmacniając czujność sanitarną lekarzami i wojskiem. Skoro więc nie szczędzono zabiegów i starań, to i rezultaty okazały się pomyślniejszemi aniżeli w roku przeszłym. Śmiertelność bowiem pośród pielgrzymów zapadłych na cholerę, jakkolwiek zawsze wysoka, okazała się tą razą nieco łagodniejszą.

Kwestyja posterunków na lądzie, czyli tak zwanych łańcuchów sanitarnych, także nie została pominiętą, pomimo całéj jéj małoważności. Dla przerwania stosunków okolic Mezopotamii z północną Syryją ustalono straże ponad wybrzeżem Eufratu, w miastach Messudieh, Birodżyku i Rumkaleh. Wielkorządca prowincyi Aleppo nakazał spalić namioty i wszystko, co w czasie epidemii w roku przeszłym służyło do ochrony lub użytku cholerycznych. Władze więc tureckie nie zwracały wcale uwagi w tym razie na jakieś względy ekonomiczne. Upokorzyły tem rząd egipski i wykazały całą jego niepraktyczność w wydaniu rozkazu, aby dla zmniejszenia kosztów nic nie niszczono z pozostałości po cholerycznych! W istocie, oszczędność to chyba godna najnędzniejszego „fellacha“. Daléj, władze otrzymały rozkaz wzbronienia grzebania zwłok cholerycznych na cmentarzach już egzystujących, a tylko na miejscach na uboczu i zupełnie oddalonych od miast i wsi. Poruszono także kwestyję utrzymywania należytéj czystości w miastach takich przynajmniéj jak Aleppo i Orfa. A dla pokrycia wydatków nałożono większy podatek na zamożniejszych przemysłowców. Dla zapewnienia się zaś, ażeby okręty służące do przewozu pielgrzymów powracających do Europy, dla poddania się formalnościom sanitarnym, udawały się do lazaretu w Klazomeni, w zatoce smyrneńskiéj, posłano tam parostatek wojenny, który stojąc na kotwicy przy zameczku Jeni-Kaleh, jest obowiązanym strzedz pilnie ruchu parostatków w zatoce i przy najmniejszem podejrzeniu skierowywać je ku lazaretowi. Tutaj też została wzniesioną odpowiednia budowa mieszcząca czynny już przyrząd desinfekcyjny. Względnie zaś czasu przeznaczonego okrętom i podróżnym do pozostawania w posterunkach sanitarnych, dla poddania ich desinfekcyi i przekonania się o stanie zdrowia tak podróżnych jak i załogi, to liczba dni nie przeszła zwykłéj normy od 5—10. Zastosowały się do tego i władze angielskie na Cyprze, poddając 10-dniowéj obserwacyi wszystko, co przybija do wyspy a pochodzi z morza Czerwonego lub Syryi. Szereg ten sanitarnych ostrożności przeprowadzonych lub zaprojektowanych tylko uzupełnię jeszcze wiadomością, mającą pewną doniosłość dla hygijenicznéj przyszłości Carogrodu. Uorganizowano tu bowiem komisyję, któréj zadaniem będzie przeprowadzenie środków ostrożności i ulepszeń higijenicznych, jakich wymaga stan zdrowotny saméj stolicy. Potrzeba wprowadzenia sanitarnego tu porządku jest istotnie naglącą. Być też może, że ogólne o tem przekonanie i ciągłe narzekania pozwolą mi wkrótce zaznaczyć przynajmniéj ciekawsze z dodatnich rezultatów.

Pomimo że podane powyżéj fakta w zakresie epidemijologii Wschodu są z małym wyjątkiem powtórzeniem ostrożności sanitarnych zastosowanych w roku przeszłym, to niemniéj jednak ustalenie przyrządów desinfekcyjnych uznanych za niezbędne, daje pewną gwarancyję, że jakkolwiek parostatki i żaglowce pochodzące z Indyj angielskich, wskutek wręcz przeciwnego zapatrywania się ich władz na doniosłość zastosowywanych ostrożności sanitarnych, będą i nadal pośredniczyć w rozwlekaniu się plagi indyjskiéj, pomimo że w pewnych okolicach widzimy cholerę, jako stan patologiczny z charakterem umiejscowienia, to wszakże z dniem każdym rozporządzając pewniejszemi środkami ochronnemi zdobędziemy też sobie i podstawę większego bezpieczeństwa.

Odpowiem teraz na zapytanie, zkąd pochodzą dwie tegoroczne epidemije cholery na tureckim wschodzie?

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 października. Dnia 6 b. m. odbyło się uroczyste zagajenie roku szkolnego w Uniw. Jagiellońskim. Po nabożeństwie w kościele akademickim św. Anny odprawionem przez Jego Eminencyję kardynała księcia biskupa krakowskiego reprezentanci władz, profesorowie i studenci udali się do auli, gdzie ustępujący rektor prof. Zakrzewski oddał insignia nowo wybranemu rektorowi X. prałatowi Chotkowskiemu, zdawszy poprzednio sprawę z czynności zeszłorocznych. Z darów, przeznaczonych na cele uniwersyteckie, najznaczniejszy, bo 6000 złr. wynoszący, pochodził od X Jana Gacewicza na stypendyjum dla jednego z członków seminaryjum historycznego. Nowo zaprowadzone studyjum rolnicze miało w półroczu 1-em 44, w 2-em 33 uczniów. Biblijoteka Jagiellońska liczy przeszło 200,000 dzieł i przeszło 5000 rękopisów; dotacyję dla niéj podniósł Rząd z 6000 do 9000 złr. Ciało uniwersyteckie składa się obecnie z 83 członków, a mianowicie 46 profesorów zwyczajnych, 14 nadzwyczajnych, 21 docentów prywatnych, 1 zastępcy profesora i 1 nauczyciela. Uczniów liczył Uniwersytet w 1-em półroczu 1240, w 2-em 1147. — Następnie objął urzędowanie nowy rektor, oddawszy cześć obecnemu Kardynałowi i zaleciwszy hasło rzymskiego cezara: *Laboremus!* Wreszcie wypowiedział wymowny Rektor wykład inauguracyjny p. t.: „Zasługi Papieża Leona XIII około historyjografii kościelnéj“.

* P. Minister oświecenia zamianował na rok szkolny 1891/2 dla Wydziału lekarskiego w Krakowie komisarzem rządowym Dra Stanisława Ponikłę, a jego zastępcą prof. Domańskiego; koegzaminatorem zaś przy rygorozum 2-em: prof. Gluzińskiego, a jego zastępcą prof. Jakubowskiego; wreszcie koegzaminatorem przy rygorozum 3-em: prof. Obalińskiego, a jego zastępcą Dra Trzebickyego.

* W sprawie szpitali prowincyjonalnych galicyjskich. Wydział krajowy postanowił przedstawić Sej-

mowi stan budynków szpitalnych, w jakich się te zakłady w r. 1866 znajdowały, kiedy Wydziałowi krajowemu wpływ na ich zarząd przyznano, a następnie wykazać, co od tego czasu aż do dnia dzisiejszego i z jakich funduszów za interwencyją Wydziału krajowego zdziałano; w końcu przedstawić wnioski, jak na przyszłość potrzebom w tym względzie zaradzić należy. Z zestawienia tego okazuje się, że umieszczenie naszych szpitalów prowincyjonalnych w chwili objęcia ich w zarząd władz autonomicznych pozostawiło bardzo wiele do życzenia.

Obecnie szpitale w Bochni, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Sanoku, Sokalu, Stanisławowie, Stryju, Tarnowie, Złoczowie, Żółkwi i Żywcu zostały już stosunkowo do skromnych środków naszego kraju odpowiednio pomieszczone.

Szpitale w Podhajcach, Śniatynie, Zaleszczykach, a ewentualnie w Białéj wkrótce będą wymagały rozszerzenia swych budynków.

W Brzeżanach, Samborze, Tarnopolu, Wadowicach, ewentualnie w Sączu, wybudowanie nowych szpitalów jest konieczne.

Wydział krajowy uchwalił przedstawić Sejmowi wnioski następujące:

a) Z gminami, w których zachodzi potrzeba umieszczenia już istniejącego szpitala w nowym budynku, ma Wydział krajowy zawierać umowy, któremiby zobowiązał gminy do wybudowania z prawem regresu do funduszu zarobkowego i zapasowego szpitala — o ileby szpital posiadał — tudzież do pobierania z dochodów szpitala umówionego czynszu najmu nowego budynku w wysokości nieprzekraczającej rat amortyzacyjnych z kwoty, wydanej z funduszu gminnego, czy z własnéj czy pożyczonéj, a to dopóty, dopóki kwota ta nie będzie umorzoną.

b) Wydział krajowy nie będzie przedkładał Sejmowi próśb reprezentacyj powiatowych i gminnych o uznanie założonych przez nich szpitali za zakłady powszechne i publiczne, jeżeli szpitalowi nie oddadzą na własność budynku, w którym się mieści, wraz z całem urządzeniem wewnętrznem, tudzież jeżeli się aktem fundacyjnym nie zobowiążą pokrywać w przyszłości z własnych funduszów, bez pretensyj do funduszu krajowego lub szpitalnego, wszelkich nadzwyczajnych wydatków, połączonych z zarządem szpitala, czy to na nową budowę, czy na dobudowanie, czy na przebudowanie dawnego budynku, czy nareszcie na wewnętrzne urządzenie dodanych części.

* W tygodniu 38-ym (od 20—27 września) było w Krakowie małżeństw 10, urodzin 54, skonów 53, z tych z gruźlicy 10, z nieżytu żołądka i jelit 7, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 4.

* Na porządku dziennym pierwszego posiedzenia Izby poselskiéj dnia 8 b. m. we Wiedniu zebrać się mającéj jest sprawozdanie Wydziału zdrowotnego o petycyi związku lekarzy austryjackich względem zaprowadzenia Izb lekarskich. Tym sposobem już za dni kilka spodziewać się można załatwienia ostatecznego sprawy ogół lekarzy obchodzącéj, a od tak długiego czasu przewlekanéj.

* Liczba osób lekarskich, praktykujących w krajach reprezentowanych w Radzie Państwa z końcem roku 1889 wynosiła 7146 osób, między któremi było 5358 doktorów i 1788 chirurgów. Stosunkowo największa liczba osób lekarskich znajduje się w Tryjeście i w Austryi dolnéj (bo 61·7 na 100,000 mieszkańców). Po tych prowincyjach następują: Tyrol i Voralberg. Najgorzéj ma się rzecz w Galicyi (3·2), w Krainie (3·9) i w Bukowinie (3·7).

* Liczba głuchoniemych wynosi na 100,000 ludzi: w Szwajcaryi 245, w Austryi 130, Węgrzech 126, Szwecyi 102, w Prusiech 101, w Niemczech 93, Norwegii 86, Portugalii 74, w Ameryce północnéj 67, w Grecyi 64, Francyi 62, we Włoszech 53, w Hiszpanii 45, Belgii 43. (*W. med. Bl.*)

* **Francyja.** Izba poselska uchwaliła ustawę odnoszącą się do wykonywania praktyki lekarskiéj. Najważniejszemi przepisami téj ustawy są następujące: Kategoryja lekarzy podrzędnych (*Officiers de santé*) istnieć przestaje. Lekarze zagraniczni do wykonywania praktyki we Francyi potrzebują dyplomu francuskiego. Jednoczesne wykonywanie praktyki lekarskiéj i aptecznéj nie jest dozwolone. Pretensyje do wynagrodzenia za usługi lekarskie ulegają przedawnieniu w ciągu 5 lat. Lekarzom wolno zakładać Izby lekarskie. Tylko lekarzom wolno wykonywać praktykę lekarską. Wykroczenie przeciw tym przepisom karane będzie grzywną i więzieniem.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Schauta objął kierownictwo 1 éj kliniki ginekologicznéj (po prof. Braunie) a prof. Mosetig oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym (po prof. Salzerze), wreszcie docenci Haaker i Hochenegg oddziałów w poliklinice. — Prof. Maydl opuścił Wiedeń, udając się do Pragi, gdzie obejmuje kierownictwo kliniki chirurgicznéj w wydziale czeskim. W tymże wydziale habilitował się Dr. Pečirka jako docent chorób skórnych i syfilitycznych. — **Insbruck.** W ubiegłem półroczu letniem było w uniwersytecie tym słuchaczów 846, z tych 2.3 w wydziale lek.

* **Nekrologija.** We Wrocławiu umarli Dr. Lissauer, asystent przy klinice psychijatrycznéj i tajny radzca lek. Dr. Klopsch, znany z prac swoich chirurgicznych i do historyi medycyny się odnoszących.

* **Sprostowanie.** W Nrze 40 zaszły następujące omyłki drukarskie w artykule Dra Sroczyńskiego: „O leczeniu jaglicy“. 1) strona 1, wiersz 6 od dołu: zamiast „tą definicyją zmierzano“, należy czytać „tą definicyją zmierzam“. 2) str. 506 szpalta II, wiersz 31 od góry zamiast: „częstych przepłukiwań oka $^{2}/_{10}$% sublimatu“, winno być „2‰ sublimatu“. — 3) str. 507 szpalta II, wiersz 12 od góry zamiast: „na czas spostrzeżenia“, winno być „na czas zaostrzenia“. — 4) str. 508 wiersz 14 od góry zamiast „Berthelos“, winno być „Berthelot“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Rok XXX. Kraków, 17 Października 1891. Nr. 42.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z powodu wodogłowia płodu (wyzdrowienie)[1].

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj.

Wiadomo Panom, że pęknięcie macicy jest najniepomyślniejszem powikłaniem porodu i najcięższą sprawą, jaka spotkać może lekarza przy łóżku rodzącéj.

Nie należy ono wprawdzie do częstych i może przyjdzie czas, że będziemy je zaliczać do białych kruków w położnictwie, dotychczas jednak wydarza się według Bandla raz na 1183 porodów, według Franquego na 3225, a według Karola Brauna na 2353 porodów.

Nie pomylę się, jeżeli powiem, że u nas statystyka pod tym względem wypadłaby nieco gorzéj, a przyczyny szukać należy w tem, że porody szczególnie po wsiach odbywają się pod opieką t. zw. babek, które nietylko, że żadnéj pomocy rodzącym nie przynoszą, ale owszem przez czynne, a nieumiejętne wkraczanie w prawa natury albo przez zaniedbanie pomocy we właściwym czasie stają się nieraz przyczyną zgubnych następstw dla płodu i matki. Nic więc dziwnego, że porody do najwyższego stopnia zaniedbane, lub przypadki pęknięcia macicy stanowiące od czasu do czasu materyjał kliniczny pochodzą ze wsi okolicznych.

Pęknięcie macicy, jak Panom wiadomo, może być dobrowolne lub gwałtowne, (*ruptura uteri spontanea vel violenta*), może powstać podczas ciąży, ale takowe należy do rzadkości; częściéj wydarza się podczas porodu.

Pęknięcie gwałtowne podczas ciąży powstaje zazwyczaj z powodu urazu działającego od zewnątrz. Znane są przypadki w literaturze, w których nastąpiło uszkodzenie powłok brzusznych i macicy wskutek przebodzenia rogiem (Geissler), lub w których kula przebiwszy powłoki brzuszne i macicę zraniła płód (Hays), albo w którym matka sama w przystępie szału zadała sobie rany (Guggenberg). Rzadziéj spadnięcie ze znacznéj wysokości daje powód do pęknięcia macicy, raczéj wywołuje poronienie.

Do szczególniejszych urazów, dających powód do rozdarcia macicy, a ważnych ze względu sądowo-lekarskiego, należą zabiegi wykonywane ręką zbrodniczą w celu wywołania poronienia. Urazy te odnoszą się zazwyczaj do szyi macicy, przyczem nierzadko i pochwa doznaje obrażeń.

Dobrowolne pęknięcie macicy podczas ciąży należy do rzadkości, muszą w tym razie istnieć uspasabiające warunki, jak n. p. zmiana w mięśniu, n. p. stłuszczenie lub ropień, daléj blizna w macicy po przebytem cięciu cesarskiem, wada utworowa macicy, a nareszcie gdy płód rozwija się w téj części trąbki, która przechodzi przez ścianę macicy (*graviditas interstitialis*). Krukenberg zestawił 13 przypadków, w których blizna po cięciu cesarskiem dała powód przy następnym porodzie do częściowego, lub zupełnego pęknięcia macicy.

Co się tyczy pęknięcia macicy podczas porodu, to może ono powstać również albo dobrowolnie, albo wskutek nieumiejętnie lub w niewłaściwym czasie wykonanych zabiegów operacyjnych.

Dobrowolne jest wynikiem niestosunku porodowego jużto z powodu ścieśnienia miednicy, jużteżto z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, albo nareszcie z powodu niestosunku między główką płodu, a miednicą matki. Dawne niedokładne, a nawet dziwaczne pojęcia o przyczynach pęknięcia macicy ustąpiły dopiero pod wpływem prac Bandla, Benksiera i Hoffmeiera, które naukę o mechanizmie pęknięcia na nowe wprowadziły tory. Dzięki tym pracom odnoszącym się do t. zw. dolnego odcinka macicy, możemy dziś zawczasu rozpoznać chwilę grożącego pęknięcia, a rozpoznanie to daje nam równocześnie wskazówki do dalszego

[1]) Rzecz miana na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego d. 3 czerwca b. r.

postępowania, przez co możemy matkę nieraz uratować od niechybnéj śmierci. Naturalnie, że nie należy wyczekiwać téj ostatecznéj chwili, lecz skoro wiemy, wśród jakich warunków ono powstaje, należy starać się przez odpowiednie zabiegi lub należyte przeprowadzenie porodu złe grożące zażegnać.

Wiemy bowiem, że pęknięcie następuje wtedy, jeżeli z powodu niestosunku wynikłego z jednéj z wyżéj wymienionych przyczyn macica mimo pracy porodowéj zawartości na zewnątrz wydalić nie może — wtedy to potęguje się siła wydalająca macicy, czyli skurcze stają się coraz silniejszemi, które płód wydalają do szyi, ta zaś nadmiernie wskutek tego rozdęta, pęka przy następnych bólach porodowych z boku i to zazwyczaj po stronie potylicy przy położeniach główkowych, a po stronie główki przy położeniach poprzecznych.

Z chwilą pęknięcia występują zazwyczaj wybitne objawy. Ustanie bolów porodowych, zapad, krwotok zewnętrzny, większa ruchomość części poprzedzającéj, części płodu można wymacać też pod powłokami brzusznemi i inne. To jest typowy przebieg pęknięcia macicy dobrowolnego. Zdarzają się jednak przypadki, w których ani przebieg porodu przed pęknięciem, ani objawy po pęknięciu nie są charakterystyczne, w których więc pęknięcia na pewne rozpoznać nie możemy, może ono być tylko prawdopodobnem; pewnem zaś staje się dopiero po rozwiązaniu rodzącéj.

Ponieważ przypadek, którego przebieg Panom w krótkości chcę opisać, zdaniem mojem należy do tych nielicznych, w których pęknięcie nastąpiło we wczesnym okresie porodu, bez poprzednich objawów zapowiadających, gdy nadto przypadek ten mimo zachowawczego leczenia zakończył się pomyślnie, przeto sądzę, że zasługuje na to, aby kilka słów o nim wspomnieć.

Dnia 5-go marca b. r. wezwał mnie kol. Dr. Bobkiewicz w okolice Krakowa do rodzącéj kobiety w celu narady.

Z wywiadów dowiedziałem się, że osoba ta jest wieloródką, że rodzi po raz czwarty. Poprzednie porody, z których ostatni miał miejsce przed dwoma laty, odbywały się siłami natury w położeniu czaszkowem — dzieci były donoszone, żywe, porody jednak po odpływie wód płodowych trwały zazwyczaj jeszcze kilka godzin.

Podczas ostatniéj ciąży nie było żadnych zaburzeń. Kolega B. wezwany jeszcze dnia 1-go marca z powodu bolu, który miał nagle w tym dniu wystąpić w prawéj stronie brzucha, stwierdził co następuje: Stan ogólny dobry — poród rozpoczęty i to drugi ustęp pierwszego okresu, t. j. ujście zewnętrzne macicy rozwarte na wielkość czterocentówki, położenie czaszkowe nieustalone, główka okryta pęcherzem bez wód poprzedzających — po palcu spływało nieco wody płodowéj: kurczów macicy wcale nie stwierdził, a rodząca twierdziła stanowczo, że oprócz tego jednego bólu innych nie miała, chociaż jako wieloródka dobrze umiała określić charakter bolów porodowych.

Na podstawie tego badania rozpoznał, że ma przed sobą rodzącą z przedwczesném pęknięciem pęcherza płodowego, i z osłabieniem bolów porodowych. Ból zaś ten odnosił do zaburzeń w trawieniu, tem bardziéj, że rodząca nie była należycie do porodu przygotowaną. Zalecił więc lewatywę i kąpiele nasiadowe w celu wywołania bolów.

Następnego i trzeciego dnia stan ogólny miał być dobry, kurczów zaś macicy ani śladu, to też żadnego postępu w porodzie nie stwierdził. Dopiero dnia czwartego stan się zmienił na gorsze. Rodząca dostała dreszczów, ciepłota podniosła się, tętno stało się szybkiem, rodząca zaczęła zdradzać niepokój, a co najważniejszem, z pochwy zaczęła się wydobywać ciecz brudna, cuchnąca.

Nie mogąc na razie wytłomaczyć sobie tego stanu i objawów zawezwał drugiego kolegę w celu narady.

Badanie przedmiotowe, które uskuteczniłem, wykazało:

Budowa i odżywienie dobre, — ciepłota ciała 39·7°, skóra sucha, tętno drobne, nitkowate, miękkie, 136—140 uderzeń na minutę, język suchawy, rysy zaostrzone, na policzkach wypieki, oczy lśniące, liczba oddechów na minutę 35—38. W płucach zaostrzenie szmeru, pierwszy ton nad lewą komórką serca głuchy z podmuchem, w sutkach zwiększona czynność.

Brzuch znacznie rozdęty, powłoki znaczną ilością tłuszczu podszyte. Już powierzchowne obmacywanie sprawia choréj znaczny ból, który odnosi się do całego brzucha, odgłos na brzuchu wszędzie wysoko bębenkowy tylko w okolicy lędźwiowéj i nadpachwinowéj lewéj stłumiono bębenkowy. Z powodu bębnicy i znacznéj bolesności ciała odpowiadającego macicy wybadać nie można. Nad spojeniem łonowem tylko daje się wybadać opór dosyć twardy, duży, mogący odpowiadać główce, ale bardzo dużéj, tętna płodowego ani też szmerów nie słychać. Srom i wargi obrzmiałe, suche, ciepłota pochwy podwyższona, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na wielkość czworaka, szyja rozdęta balonowato, wszystko w wysokości wchodu miednicy, położenie czaszkowe nieustalone, odcinek główki dający się wybadać płaski, główka bardzo duża, szwów lub ciemion wybadać nie można, w polu badania sklepienia czaszki, jeżeli się rękę ułoży nad spojeniem, a uciska palcem na ową kość palcem umieszczonym w pochwie, to mimo to, iż główka zdaje się być bardzo dużą, kość ta ugina się, a badający ma uczucie, jakby czaszka była bardzo elastyczną. Przedgłowia nie ma, do wzgórka kości krzyżowéj dochodzi się z trudnością, wygięcie kości krzyżowéj należyte.

Na podstawie wyniku badania rozpoznałem: Rozpoczęty poród u wielorodki, wodogłowie płodu i wynikły stąd niestosunek, który sprowadził prawdopodobnie, jeżeli nie zupełne, to częściowe pęknięcie macicy, — zakażenie.

Ponieważ stan rodzącéj nie pozwalał na dalsze wyczekiwanie, przeto postanowiłem ją rozwiązać. Z powodu bardzo lichego tętna i szmeru nad komórką lewą serca zaniechałem narkozy. W planie, jaki sobie ułożyłem, umieściłem na pierwszem miejscu wymóżdżenie, lecz zabieg wobec nieustalonéj główki, któréj nadto przez powłoki brzuszne z powodu znacznéj bolesności tychże ustalić nie można, a nadto przy mało rozwartem ujściu bywa zazwyczaj trudnym, to też mając co do tego pewne wątpliwości, musiałem myśleć o obrocie na nóżki, czemu znacznie stało na przeszkodzie niedostateczne rozwarcie ujścia zewnętrznego. Postanowiłem więc rozszerzyć ujście na przypadek, gdybym był zmuszonym z powodu ciągłego upadku sił matki do obrotu się uciec. Ostrożnie więc i bez trudności wykonałem *lege artis* rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy przez trzykrotne wprowadzenie po nad ujście macicy do szyi balona Brauna, napełniając go za każdym razem większą ilością wody i potem ostrożnie wyciągając. Teraz mogłem wybadać miejsce na główce błoniaste, na 2 ctm. szerokie, z brzegami kostnemi, odpowiadające bardzo szerokim szwom, co rozpoznanie wodogłowia potwierdziło. Ponieważ skóra na czaszce płodu była wiotką, więc wziąłem ją kleszczykami i tuż obok zrobiłem otwór nożycami Naegelego. Natychmiast wylało się z $^1/_2$ litra płynu surowicznego, poczem sklepienie czaszki bardzo się zapadło tak, że tylko skóra w postaci płatu zwisła. Włożywszy dwa palce do otworu starałem się pociągać, jednak bez skutku, następnie uchwyciłem ów fałd skóry (kości bowiem sklepienia czaszki, za któreby można ująć, prawie nie było) kranioklastem, ale skóra płodu rozkładającego się była b. miękka, to też każdym razem się urywała, to samo było i z hakiem Brauna. Wobec tego, że stan rodzącéj był bardzo zły tak, że asystujący kolega musiał kilka razy eter wstrzykiwać, przystąpiłem do obrotu na nóżki, który też ostrożnie wykonałem, poczem wydobycie płodu z powodu pomniejszonéj objętości główki nie przedstawiało żadnych trudności. Płód był b. duży, na skórze objawy gnicia okazujący; za płodem wydobyła się duża ilość gazów cuchnących i cieczy brudnawéj, krwawienia ani wśród ani po zabiegu nie było, wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło. Przystąpiłem bezwłocznie do wydobycia ło-

żyska, przyczem stwierdziłem zupełne pęknięcie szyi macicy po stronie prawéj, łożysko bowiem znajdowało się w jamie brzusznéj między jelitami, które z rany ostrożnie wyprowadziłem. Natychmiast po wyjęciu łożyska, przyczem krwotoku wcale nie było, bezpoprzedniego przestrzykiwania, zatamponowałem szyję macicy i całą pochwę 30% gazą jodoformową, położyłem na dolną okolicę brzucha okład lodowy, a na to opatrunek uciskający. Podano położnicy sporysz i środki podniecające.

Zaraz po rozwiązaniu stan nietylko się nie pogorszył, jakto zazwyczaj bywa, lecz owszem położnica była nieco spokojniejsza, przytomna, a tętno lepsze, niż przed rozwiązaniem. Mimo to rokowałem źle.

Co się tyczy przebiegu połogu, to położnica gorączkowała przez 4—5 tygodni, tor gorączki był zwalniający z nasileniami wieczornemi. Piątego dnia po porodzie wyjąłem gazę, która była przesiąknięta cieczą brudną, cuchnącą, przyczem odeszło jeszcze nieco odchodów cuchnących zamieszanych nieco z moczem spływającym z pochwy.

Stan ogólny tego dnia nienajgorszy. Tętno do 120 bębnica miernego stopnia, bolesność brzucha mniejsza, wymiotów od 24 godzin nie było. Po przepłukaniu ostrożnem pochwy 3% kwasem borowym założono znowu świeżą gazę. Siódmego dnia zmieniono znowu opatrunek; objawy zapalenia otrzewny ustępują, natomiast można stwierdzić w dolnéj części brzucha po stronie prawéj znaczny opór bolesny o brzegach falistych.

W ten sposób zmieniano opatrunek co dwa tygodnie, przyczem odchody zupełnie ustąpiły, wypocina zaś ograniczyła się.

Cieplota ciała nieco spadła, dochodząc wieczorem do 38·5°. Badanie dokonane w końcu piątego tygodnia wykazało: Stan bezgorączkowy, wypocina lekko tkliwa, dosyć twarda, pochwa zwęża się lejkowato ku górze, część pochwowa więcéj zbacza na lewo. Na granicy części pochwowéj, na przedniéj ścianie pochwy przerwa ciągłości wielkości grochu (*fistula vesico-vaginalis*). Polecono choréj kąpiele ciepłe, słone, przetwory jodowe. Obecnie, o ile mi wiadomo, osoba ta czuje się zupełnie zdrową, peryjod ma się powtarzać co 4 tygodnie bez zaburzeń, pozostały tylko dolegliwości ze strony przetoki.

Nie ulega wątpliwości, że przyczyną pęknięcia macicy w tym przypadku był niestosunek porodowy wynikły z powodu wodogłowia płodu. Czy pęknięcie całkowite powstało nagle na raz, czy też powstawało powoli warstwowo od wnętrza ku otrzewny, to na pewne rozstrzygnąć trudno; za tem drugiem przemawia brak znaczniejszego krwotoku, albowiem pojedyncze warstwy mięśniowe po pęknięciu kurczyły się, a uciskając naczynia zapobiegały krwotokowi. Brak krwotoku mniejszego lub większego podczas zabiegu, daléj okoliczność, że bóle porodowe ustały zaraz po owym nagłym bolu w boku prawym i więcéj się niepojawiły, przemawia za tem, że właśnie w chwili tego gwałtownego bólu powstało pęknięcie.

Przypadek ten właśnie z tego względu jest ciekawym i należy do rzadszych, że tu pękła macica we wczesnym okresie porodu bez poprzednich bólów, czyli, że tu nie było chwili t. zw. grożącego pęknięcia macicy, daléj, ze objawy po pęknięciu nie były zbyt wybitne tak, że lekarz nie mógł na pewne rozpoznawać. Toż i w chwili, gdy rodzącą badałem, miałem bardzo wybitne objawy zakażenia, a daleko więcéj objawów przemawiających za pęknięciem.

Przypadki podobne t. j., w których pęknięcie powstało bez poprzedzających silnych bólów i we wczesnym okresie porodu, znane są i opisane. Tu należą dwa przypadki Hoffmeiera i jeden Simpsona. W takich razach, jak twierdzą autorowie, a między innymi Veit, do pęknięcia przyczynia się znaczniejsze rozszerzenie dolnego odcinka macicy przy poprzednich porodach, wskutek czego tkanka staje się mniéj elastyczną i przy następnym porodzie już z początku porodu i przy słabych względnie skurczach macicy szczególnie u rodzących wieloródek mniéj na ból wrażliwych ulega nadmiernemu rozciągnięciu, a nawet i pęknięciu. W naszym przypadku zasługuje też ten wzgląd na uwagę, że poprzednie porody miały trwać po pęknięciu pęcherza jeszcze kilka godzin, a to mogło dać powód do znaczniejszego rozszerzenia szyi, która tym razem wobec znacznéj objętości główki dla wodogłowia uległa pęknięciu. Że zapatrywanie Veita może być słuszne, dowodzi tego przypadek Hoffmeiera, w którym podczas każdego porodu i to na początku tegoż dolny odcinek macicy tak był rozszerzony, że płód zdawał się leżeć w macicy poprzecznie. Co się tyczy zejścia po pęknięciu, to większa ich liczba kończy się śmiercią już to podczas operacyi, jużteż bezpośrednio po niéj, a to z powodu ostréj niedokrewności i wstrząsu, lub też śmierć następuje w przeciągu kilku dni z powodu zakażenia. Co do leczenia, to można w tych razach użyć metody polegającéj na drenowaniu od pochwy podanéj przez K. Brauna, zaleconéj przez Bandla, a zmodyfikowanéj przez Dührsena, który dren zastąpił gazą jodoformową, którą się tamponuje mieszkowato bez poprzedniego przestrzykiwanie; myśmy także użyli téj ostatniéj, była ona na wsi i wobec niekorzystnych warunków ze strony matki zdaniem mojem jedynie możliwą.

Druga metoda operacyjna polega na tem, że po otwarciu jamy brzusznéj zeszywa się dokładnie ranę macicy, albo też, jeżeli to niemożebnem, wtedy uciekamy się do wycięcia macicy Schroedera (*amputatio uteri supravaginalis*). W ostatnich czasach autorowie polecają wycięcie macicy w takich razach przez pochwę jako zabieg mniéj niebezpieczny.

Przed wprowadzeniem antiseptyki metoda pierwsza, tj. drenowanie, miała więcéj zwolenników i według zestawień Piskaćka rzeczywiście przy téj metodzie śmiertelność wynosiła 56%, podczas gdy przy operacyjnéj 60%. Zestawienia jednak Schaefera od r. 1875 przemawiają na korzyść leczenia operacyjnego, gdyż śmiertelność wynosi tylko 35%.

Zdaje się jednak, że statystyka w obydwu razach nie ma wielkiego znaczenia i nie może rozstrzygać o jednéj lub drugiéj metodzie, jeżeli się uwzględni, że w literaturze spotykamy się przeważnie z opisami przypadków, w których wynik leczenia był pomyślny, te zaś przypadki, które niepomyślnie się kończyły, zapisuje się tylko w księgach klinicznych i szpitalnych.

II. O leczeniu jaglicy (*Trachoma*).

Napisał

Dr. Franciszek Sroczyński,

I. asystent kliniki okul. prof. Rydla w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 41).

Czy operacyja sama wystarcza do usunięcia radykalnego jaglicy? Entuzyjaści pierwszych lat postępowania operacyjnego, jak Schneller, odpowiadają twierdząco. Autorowie spokojniej obserwujący, jak Heisrath, Richter, Ziemiński a zwłaszcza Vossius, przestrzegają wyraźnie przed tą iluzyją, o ile to dotyczy przypadków ciężkich, rozlanych. Radykalnie samą operacyją usunąć możemy tylko zmiany aż do tej ostatecznie możliwej bezkarnie granicy, którą zakreślił Heisrath, to jest dopóki zmiany jaglicowe nie przekroczyły paska 3 do 4 mm. szerokiego przy samym brzegu powieki. Znaczna zaś wię-

kszość przypadków rozległej jaglicy wymagać będzie leczenia pozostałych szczątków innemi środkami, jak *plumbum aceticum*, przepłukiwania płynami antiseptycznemi, jak sublimatem 1:5000, *Cuprum sulfuricum*. Wszyscy jednak autorowie zgodnie podają, że po dokonanej operacyi zmiany pozostałe na częściach niewyciętych ustępują nieporównanie szybciej, a niektórzy, jak Heisrath i Richter, którzy operowali tylko na powiece górnej, podają, że wpływ ten zbawienny operacyi rozciąga się nawet i na spojówkę dolną. W moich przypadkach pierwszą część tego twierdzenia mogłem sam stwierdzić, natomiast poprawy stanu na spojówce dolnéj bez osobnego leczenia zauważyć w ciągu kilku tygodni nie mogłem.

Jakiekolwiek jest zresztą pod ostatnim względem czyje zdanie, słuszność przyznać należy zwolennikom Heisratha, którzy do zmian jaglicowych na dolnej powiece mniejszą przywiązują wagę, wedle doświadczenia bowiem jaglica ograniczona do dolnej spojówki nie wpływa szkodliwie na stan rogówki.

Drobne różnice zapatrywań wśród zwolenników metody operacyjnej dotyczą obecnie już tylko strony technicznej i to już nie istotnej, jak kwestyi wycinania lub niewycinania chrząstki, ale więcej podrzędnéj wagi, jak pytania, czy ranę zespajać szwami, lub nie. Vossius, Heisrath i Richter przemawiają za zakładaniem szwów a to z dwóch powodów: 1) celem skrócenia gojenia przez sprowadzenie rychłozrostu, 2) aby uniknąć bujania granulacyj przyrannych, które zwiększają zadrażnienie oka, prowadząc łatwo do komplikacyj ze strony rogówki. Zieminski zrazu zakładał szwy z najcieńszego jedwabiu, rychło jednak odstąpił od zeszywania, w blisko bowiem 10% przypadków widywał występowanie komplikacyj rogówkowych, co też i inni autorowie przyznają. Ponieważ w pierwszym naszym operowanym przypadku, gdzie szwów nie założono, musieliśmy przez 10 dni walczyć z bujaniem granulacyj, przez co ostateczne zgojenie opóźniło się znacznie, postanowiłem w następnych przypadkach nie odstępować od zeszywania, aby zaś zapobiedz mechanicznemu drażnieniu przez węzły szwów, zakładałem szew kuśnierski, przez co węzły wypadły w samym tylko kącie zewnętrznym i wewnętrznym ranki. Temu też zawdzięczam, że ani razu nie tylko wrzodów i infiltratów, ale nawet ekskoryjacyj rogówki nie obserwowałem.

Mniejsza zgoda panuje co do granic wskazań dla leczenia operacyjnego. Podczas gdy Heisrath zaleca sposób swój przeważnie dla form chronicznych i ciężkich, Vossius idzie tak daleko, że nawet przypadki ostre poddaje operacyi. Stoi on co prawda zupełnie odosobniony pod tym względem. Zdaniem mojem wszystkie okresy jaglicy we wszystkich formach prócz ostréj można operacyjnie leczyć, największe tryjumfy jednak święcić może leczenie operacyjne w przypadkach zmian nie zbyt rozlanych, tu bowiem z najmniejszym uszczerbkiem dla rozległości spojówki możemy zmiany w całem znaczeniu słowa radykalnie usunąć w najkrótszym czasie. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że zakres wskazań dla operacyjnego leczenia przewyższa nierównie wskazania do wygniatania i galwanokaustyki.

Przeciwskazania w formie chronicznej dotyczeć mogą tylko głębokich wrzodów rogówki, grożących przebiciem, obfita sekrecyja i obecność znaczniejszej stulejki. Są to jednak wszystko przeciwwskazania tylko czasowe, które łatwo usunąć poprzednio. Nawet okres zbliznowacenia zdaniem zwolenników metody Heisratha nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, o ile bowiem nie przyszło jeszcze do „*xerosis*", można liczyć na usunięcie ptosis i entropium wycinając część chrząstki.

Reasumując to wszystko, wypowiedzieć możemy tezę: L e c z e n i e o p e r a c y j n e j e s t n a j s z y b c i e j d o c e l u p r o w a d z ą c ą m e t o d ą, u s u w a z m i a n y r a d y k a l n i e j o d i n n y c h m e t o d, p r z y r ó w n o c z e s n e m w y c i ę c i u c h r z ą s t k i n i e s p r o w a d z a n i e p r a w i d ł o w o ś c i w r u c h o m o ś c i i p o ł o ż e n i u p o w i e k i d a j e z e w s z y s t k i c h s p o s o b ó w n a j w i ę c e j r ę k o j m i z a p o b i e g a n i a r e c y d y w o m. Galwanokaustykę i wygniatanie przewyższa zakresem wskazań.

Wykwitem najnowszych czasów są usiłowania leczenia jaglicy ś r o d k a m i a n t i s e p t y c z n e m i. Wyniki badań bakteryjologicznych Sattlera i Michla jakkolwiek nie doprowadziły do poznania mikroorganizmów jaglicy w tym stopniu ścisłości jak na innych polach chorób infekcyjnych, stały się zachętą dla licznych prób i doświadczeń ze środkami antiseptycznemi. Nadzieje jednak pokładane w tej nowej metodzie nie ziściły się w znacznej części. Po wytoczeniu wszystkich niemal dział z arsenału coraz liczniejszych środków przeciwgnilnych, okazało się wkrótce, że łagodnie działające środki antiseptyczne, jak jodoform polecany przez Morsena, rozczyn glicerynowy resorcyny podany przez Ficarrę, wreszcie kwas borowy, nie wywierają żadnego lub nieznaczny tylko wpływ na przebieg jaglicy. Lepsze natomiast wyniki dawały środki antiseptyczne w rozczynach silniejszych, działające drażniąco, do których zaliczyć należy kreolinę zalecaną przez Purtschera w postaci wkraplań w rozczynie $\frac{1}{2}$—1% kilka razy dziennie, tudzież sublimat poraz pierwszy zalecony przez Benedettiego. Na mocy własnych doświadczeń nie mogę zaprzeczyć dodatniego działania kreoliny, zwłaszcza na komplikacyje ze strony rogówki. Nie pamiętam atoli ani jednego przypadku wyleczonego samą kreoliną. Nie chcąc narażać chorych na stratę czasu, musiałem zawsze przejść do innych środków, poprawa bowiem stanu spojówki bardzo powolnie się odbywała.

Zdaniem mojem nadaje się ona w postaci wody ocznej dla przypadków, w których z jakichbądź przyczyn niemożliwem jest leczenie przez samego lekarza. Nierównie więcej zwolenników znalazł sublimat i to w najrozmaitszych formach stosowany. Benedetti i Staderini zachwalają już od r. 1885 działanie pędzlowań rozczynem 1:500 do 400, nie brak i takich, którzy, jak lekarze belgijscy, posługują się 1% rozczynem. W roku 1886 obserwowałem u dra Wicherkiewicza wyniki 1% rozczynu. Reakcyja po sublimacie 1% bywała zazwyczaj silną, powieki obrzmiewały aż do niemożliwości otwierania przez kilka dni. Na spojówce powstawał strup głęboki, trudno i z wolna oddzielający się wśród niezmiernych bólów, tu i owdzie powstawały infiltraty w rogówce, zmiany zaś nie ustępowały szybciej niż po tuszowaniu z *Cuprum*. Przed rokiem wystąpili bracia Keiningowie z nowym sposobem stosowania sublimatu, polegającym na energicznem pocieraniu spojówki wacikiem zwilżonym w sublimacie 1:2000 — 1:1000. Byłby to sposób skombinowany z działania miesienia w połączeniu z działaniem przeciwprątkowem mogącem tu bardziej się uwydatnić, jeżeli zważymy, że przy procedurze tej sublimat wnikać może w warstwy podprzybłonkowe spojówki przez obnażony tarciem

przybłonek. Metoda ta dzięki interwencyi ministerstw oświaty pruskiego i austryackiego, o którą starali się autorowie, zwróciła na siebie większą uwagę, niż inne podobne procedury. Sam leczę dopiero pierwszy przypadek jaglicy średniego stopnia bez komplikacyi tym sposobem, a wybraliśmy taki, gdzie zmiany w obu oczach były różne co do stopnia. Rezultat leczenia tego jest taki, że dziś po sześciutygodniowem leczeniu oko leczone kamykiem przedstawia stan bez porównania lepszy, aniżeli oko drugie, leczone metodą Keininga. Na rogówce nadto do dziś dnia utrzymują się ekskoryacyje, których przedtem nie było. Podobne doświadczenie zrobił profesor Rydel w szpitalu św. Łazarza z tą tylko odmianą, że metoda ta może nie iest bez korzyści, jeżeli po kilku tygodniach jej stosowania przejdziemy do *Cuprum.*

Myśl wprowadzenia środków antiseptycznych jak sublimat, kwas karbolowy, borowy i t. p. za pomocą injekcyj pod spojówką nie dała lepszych owoców. Wagiewski, który w roku 1886 na wielką skalę przeprowadził te doświadczenia, dochodzi do rezultatu, że metoda ta utrzymać się nie da: 1) z powodu silnych bólów i gwałtownéj reakcyi, 2) nie świetnych wyników w *trachoma granulosum*, a braku wszelkiego wpływu na *trachoma papillare*, 3) z powodu głębokich blizn, jakie w $^1/_4$ części przypadków powstawały w spojówce w następstwie tego leczenia.

Pozostawiłem na koniec wzmiankę o leczeniu elektrolizą, podanem w ostatniem roku przez Johnsohna z Londynu, jako o rzeczy zbyt nowej, a przezemnie wcale nie doświadczanej. Może zatem który z kolegów, który posługiwał się już tą metodą, zastąpi mnie w tym względzie.

Jakiejkolwiek zresztą kto trzyma się metody w leczeniu jaglicy, przyznać musi, że warunki hygieniczne, wśród jakich się chorzy znajdują, wpływają niepomiernie na przebieg choroby. Każdy okulista zauważyć musiał, że jaglica u ludzi zamożnych przebiega zazwyczaj znacznie łagodniéj, aniżeli wśród ludności fizycznie pracującéj. Nie ulega wątpliwości, że na łagodny przebieg jaglicy, zwłaszcza ze względu na komplikacyje, wpływa przedewszystkiem czystość powietrza i co zatem idzie, mniejsze narażanie się na drobne urazy rogówki u ludzi zamożnych, a na które zazwyczaj wystawioną jest uboższa część fizycznie pracującéj ludności. Zgodnie z tem już Chibret radzi wysyłać chorych jaglicowych w okolice górskie, dające największą gwarancyję czystości powietrza.

Kończąc w ten sposób przegląd najważniejszych metod leczenia jaglicy, czuję się uprawniony wypowiedzieć zdanie: Nie mamy dotąd żadnego uniwersalnego sposobu leczenia téj choroby. W każdym poszczególnym przypadku należy zastosować się do formy i okresu jaglicy, a wybrać postępowanie to, które w danej formie, okresie i stopniu cierpienia daje rezultat najszybszy i największą gwarancyję przed recydywą nb. z najmniejszem uszczerbkiem dla oka chorego. Rozwijając zaś tę tezę doszliśmy do przekonania: 1) że w okresie pierwszym w przypadkach rozsianych ziarn i brodawek przyjdziemy najprędzej do celu przez galwanokaustykę; 2) w okresie drugim tj. w stadyjum stłuszczenia za pomocą wygniatania; 3) w przypadkach ciężkich pierwszego i drugiego, a nawet w początkach trzeciego okresu, nie należałoby choremu odmawiać korzyści operacyi.

Po za temi trzema szeregami przypadków znajdzie się niewątpliwie wielka ilość takich, gdzie nie unikniemy leczenia farmaceutycznego za pomocą środków jak *lapis, cuprum sulfuricum* etc. Bez względu zaś na to, czyśmy ziarna wygnietli, czy wypalili, lub operacyjnie do możliwej granicy wycięli, pozostaną resztki sprawy chorobowej w samej spojówce i komplikacyje na rogówce, a w tych warunkach stare odwieczne cuprum długi czas jeszcze królować będzie niepodzielnie.

III. Z praktyki prywatnej.

Wielki ropień macicy z przebiciem się do jamy tejże, wyzdrowienie.

Podał
Dr. Teofil Bąkowski w Baranowie.

Przeglądnąwszy skrzętnie dostępną mi literaturę z ostatnich prawie lat 10-ciu nie znalazłem nigdzie podobnego przypadku. Schröder w dziele swem: *Die Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane* z r. 1884 p. 85 i 86, pisze: „*Nach den sparsamen Notizen, die man in der Literatur darüber findet, scheinen die Uterusabscesse ganz ausserordentlich selten zu sein, besonders wenn man von den puerperalen Fällen absieht*“, a przytoczywszy kilka przypadków z lat dawnych, wspomina ledwie o dwóch przypadkach wielkich ropni macicy, które sam obserwował. Przypadek mój jest następujący:

Dnia 15 maja b. r. zawołano mnie do L. H. lat 65 liczącéj, zamężnéj izraelitki w B., skarżącéj się od dni kilku na silne boleści w dolnéj części brzucha z gorączką przebiegające. Wywiady wykazują: Chora dostała pierwszéj miesiączki w 19 r. życia i miesiączkowała regularnie bez boleści. W 22 r. życia wyszła za mąż, rodziła raz jeden a mianowicie w rok po zamęściu przebyła poród bardzo ciężki, bo 3 dni trwający. Po tym porodzie leżała krótko, a zabrawszy się do pracy ciężkiéj dostała w kilka miesięcy potem wypadania pochwy, które trwa do dnia dzisiejszego. Miesiączkowała regularnie do 45 r. życia, tylko w 40 r. życia raz zatrzymała się miesiączka na półtora miesiąca, poczem dostała silnéj miesiączki, jednak żadnego jaja płodowego w dużych skrzepach krwi nie znaleziono. W kilka miesięcy potem dostała boleści silnych w dolnéj części brzucha, wzdęcia, wymiotów, zaparcia stolca, a przywołany lekarz rozpoznał zapalenie macicy i kazał jéj postawić nad spojeniem łonowem 12 pijawek. Po 8 dniach wstała z łóżka, a z wyjątkiem lekkich bólów w dolnéj części brzucha i koło 2 lat, jak mówi, trwających upławów białych czuła się zdrową. Po r. 45 życia, t. j. od czasu ustania regularności dostała kaszlu i duszności, które trwają do dnia dzisiejszego. Zresztą innych chorób nie przebywała. Mieszka wraz z mężem swym u syna garbarza, a mianowicie w izbie, gdzie zimą i latem bardzo często suszą się porozwieszane na drążkach świeże skóry cielęce z sierścią i w tem suszeniu oraz gospodarstwie domowem synowi dopomaga. Obecna choroba rozpoczęła się przed kilku dniami, jak na początku podano, a badanie wykazuje: Kobieta wzrostu nizkiego, źle odżywiona, ciężko oddychająca. W płucach objawy nieżytu i rozedmy. Brzuch w całości wzdęty. Na 2 palce nad spojeniem łonowem czuć guz elastyczno twardy, przy ucisku mocno bolesny, z miednicy małéj wychodzący. Z części rodnych sterczy różowożółty, miękki, elastyczny, kulisty guz wielkości małéj pięści o ścianach gładkich nie owrzodziałych, w dotknięciu suchych i twardych. Pod palcem ściany guza uginają się jak balonik gumowy, a odgłos nad nim z przodu i z tylu bębenkowy. W dolnéj części guza widać szparkę poprzeczną nie owrzodzoną. W głębi nad otworem czuć ciało twardawe, obłe, ku górze się usuwające (dolna część macicy). Guz ten bę-

dący wypadniętą całkowicie pochwą wraz z mocno obniżoną macicą, daje się odprowadzić dosyć łatwo, a badanie zestawione po odprowadzeniu pochwy i macicy wykazuje sklepienia wolne a ponad spojeniem łonowem guz ruchomy, bolesny, będący dalszą częścią powiększonéj i mocno obniżonéj macicy. Chora już od lat 42 podtrzymywała sobie guz ten chustkami, a w ostatnich czasach i zwitkami brudnéj waty zwykłéj, które sobie po odprowadzeniu guza do sklepień pochwy zakładała. Na jakieś dolegliwości z istnienia tego guza przez lat tyle wynikłych nie żali się. Rozpoznałem zatem zapalenie podostre macicy i poleciłem zimne okłady zmieniane co 3 godziny, podanie olejku rącznikowego oraz wystrzykiwanie codzienne pochwy 2% kwasem karbolowym. Po kilku dniach obrzmienie i bóle macicy trochę złagodniały.

Odtąd choréj jakiś czas nie widziałem. Z opowiadania krewnych dowiedziałem się jednak, że po czasowem polepszeniu nastąpiło pogorszenie a mianowicie, że boleści cierpiała znaczne, miernie gorączkowała, aż wreszcie w jakie 3 tygodnie od czasu wystąpienia zapalenia zauważono, że „z brzucha“ odpływa co dni kilka bardzo wiele cuchnącéj obrzydliwie cieczy i to w ilości po pół litra na raz. Chora doznaje wtenczas ulgi, a gdy dni kilka mało lub nic nie odpływa, brzuch cały „puchnie“, boleści i gorączka się zwiększają. Wobec nadzwyczajnego cuchnienia sądzono, że wydzielina ta pochodzi z kiszek, że są to resztki pokarmów z kałem pomięszane.

W jakie 2 tygodnie po zauważeniu tego stanu, t. j. 23 czerwca b. r., kiedy brzuch był coraz większy i znów ani kropla cieczy z części rodnych nie odpływała, przywołano mnie powtórnie. Znalazłem wtedy brzuch w całości mocno wzdęty, przy ucisku mocno bolesny, żyły podskórne brzucha mocno porozszerzane, wypadanie pochwy całkowite i znaczne obniżenie macicy jak pierwéj, a gdy po odprowadzeniu pochwy i macicy badałem sposobem zestawionym, znalazłem w brzuchu guz wychodzący z miednicy małéj, dnem do wysokości pępka sięgający, wielkości co najmniéj głowy jednorocznego dziecka, elastyczno miękki, jak cienka piłka gutaperkowa, na wszystkie strony przesuwalny, lubo na boki trochę mniéj, przy ucisku mocno bolesny. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony. Guz ten był znacznie powiększoną macicą, zawierającą w sobie płyn. Część pochwowa nie przerosła, ale owszem zanikła, ujście macicy zewnętrzne nie owrzodzone, niedrożne. Dopiero po kilku dłuższych próbach udało mi się wprowadzić cienki zgłębnik chirurgiczny i to bardzo głęboko, ale po wyjęciu tegoż ani kropla ropy się nie pokazała. Ponieważ sam koniec zgłębnika wprowadzony obracał się swobodnie w wielkiéj jamie, przypuszczałem tylko w dolnéj części szyjki zwężenie znaczniejsze. Gdy sonda maciczna istotnie przejść nie chciała, przebiłem tąż sondą zwężoną część szyjki, krew prawie żadna się nie pokazała, poczem sonda dosyć swobodnie weszła na 17 centimetrów bez żadnego bólu, zaś po wyjęciu tejże puściła się niesłychanie smrodliwa, bo pokój ordynacyjny, sień i powietrze koło domu napełniająca tą wonią gęsta, brudno żółta ropa, z kawałkami nekrotycznemi w ilości jednego litra. Nazajutrz, gdy zgodzono się na radykalne leczenie, obcążkami do celów ginekologicznych służącemi ostrożnie rozszerzono ujście zewnętrzne macicy, przyczem wyszło kilka kropel krwi, a zaraz jeszcze około ćwierć litra ropy takiéj saméj jak dnia poprzedniego z tym wyjątkiem, że strzępy nekrotyczne były jeszcze dłuższe, bo od 1—2 ctm. długie wcale nie błoniaste, bo o ile na oko ocenić mogłem, 2—4 milimetrów grubości dochodzące. Po wypłukaniu w wodzie okazały się brunatno żółte, miękkie, utkania miernie zbitego, ale kruche, miejscami okazujące drobniutkie włókienka w rozmaitych kierunkach biegnące. Wprowadzono zaraz cewnik maciczny Bozemana Fritschego o średnicy = 1 ctm., z pomocą którego przestrzykano jamę macicy 1 litrem 2% kreoliny, przyczem woń obrzydliwa ropy prawie natychmiast znikła. Następnie założono laseczkę jodoformową. (Rp. *Jodoformi 20·0*, *Gummi arab.*, *Glycerini*, *Amyli ãã 2·0 f. bacilli Nr. V longit 5 ctm.*) pochwę zaś po odprowadzeniu wytamponowano gazą jodoformową zmaczaną w glicerynie, wreszcie założono opaskę na części rodne w kształcie litery T. Z początku codzień, potem co drugi przestrzykiwano jamę macicy zrazu 2% kreoliną, potem zaś 2% kwasem karbolowym, a daléj jak wyżéj. Wobec ujścia macicy zewn. drożnego mimo rozszerzenia tylko dla cewnika macicznego o średnicy = 1 ctm. zaś nie drożnego dla palca wskazującego nie mogłem zbadać tymże jamy macicy. Jednak gdy na trzeci dzień po wypuszczeniu ropy ostrożnie zakładałem cewnik, ten jednak z pewnym oporem wchodził do jamy macicy, czułem, że cewnik przesuwa się po ścianach nierównych, nagle zaś usłyszałem pewne chrapnięcie, chora skrzywiła się z bólu a ja doznałem nader nieprzyjemnego uczucia, jakbym przebił ścianę macicy. Cofnąłem natychmiast cewnik a gdy go wydobyłem po wystrzykiwaniu znalazłem w okienku cewnika skrzepek krwi a z ujścia posączyło się kilka łyżeczek krwi z małą domieszką ropy. Najprawdopodobniéj zatem wszedł cewnik do jamy ropnia, posunął się po jego nierównych ścianach i mimo ostrożnego posuwania przedarł kruche jakieś napięte naczynie czy obumarłe unaczynione części miąższu macicy. Macica szybko się zmniejszała, wydzielając z początku gęstą ropę, potem aż do końca ropę z krwią pomięszaną, po upływie 2 tygodni nastąpiło zupełne wygojenie, macica przybrała wielkość małéj ale twardéj gruszki, ujście zaś zewnętrzne zupełnie się zamknęło.

Wobec cech opisanych strzępów tkaniny, które widocznie pochodziły z samego miąższu t. j. z warstwy mięsnéj macicy, a które wraz z ropą niesłychanie smrodliwéj woni odpływały z jamy macicy, w obec nierówności ścian tejże stwierdzonéj przy wprowadzaniu cewnika i kruchości tychże, wreszcie wobec całego przebiegu choroby wykluczyć mogę stanowczo otok ropny macicy (*pyometra*). Nie ulega zatem wątpliwości, że miałem tu do czynienia z ropniem macicy.

Przypadek opisany należy do rzadkości. Najpierw wystąpiło tu zapalenie macicy u kobiety, u któréj już dawno bo od lat 20 skończyło się życie płciowe, powtóre utworzył się ropień kolosalnych rozmiarów, a wreszcie otworzył się do jamy macicy. Z 10 przypadków wzmiankowanych w dziele Schrödera jak wyżéj l. c. a obserwowanych i opisanych przez rozmaitych autorów przed laty, bo jak Reinmanna jeszcze z r. 1805, jeden tylko t. j. Kiwischa z r. 1866 l. c. był podobny do mojego, bo i tu ropień przebił się do jamy macicy, wszystkie inne przebiły się gdzieindziéj, a mianowicie do jamy brzusznéj z zejściem śmiertelnem, do odbytnicy lub wreszcie na zewnątrz po zlepieniu z powłokami brzusznemi.

Po zatrzymaniu się ropy w jamie macicy w ilości jednego przeszło litra, wskutek (prawie) zupełnie niedrożnego ujścia macicy zewnętrznego, rozdęcia macicy do wielkości głowy jednorocznego dziecka, a więc tem samem po ścieńczeniu znacznem ścian macicy, wobec ruchomości tejże a stwardniałych sklepień pochwy wskutek 42 lat trwającego wypadania tejże, stan choréj był groźny. Każdéj chwili mogło tu nastąpić pęknięcie macicy i śmierć, jak to się stało w przypadkach Scanzoniego i Ladosa (Schröder l. c.), któréj tylko wskutek rychłego otwarcia ropnia szczęśliwie uniknęła.

Po wygojeniu założyłem krążek miedziany, powleczony gutaperką o średnicy 9 ctm., nadawszy mu formę odpowiednią, a krążek ten dosyć dobrze funkcyjonuje.

Wreszcie pozwolę sobie zrobić jednę uwagę: Wobec tego, że chora zajmowała się często rozwieszaniem świeżych skór z cieląt a czasem i z wołów, przychodziło mi na myśl, czy przypadkiem brudne ręce nie wprowadziły do pochwy ze zwitkami waty grzybka promienicy (*actinomyces*) i zdanie to objawiłem Drowi Barączowi, z którym o téj kwestyi w Krakowie przy sposobności Zjazdu lekarzy rozmawiałem i zachętę do badania w tym kierunku otrzymałem. Wprawdzie nie znalazłem w ropie wydzielonéj charakterystycznych grudek cytrynowożółtych, jednak mimo tego mogły te grzybki promienicy być przyczyną zapalenia i zropienia miąższu macicy. Niestety badania w tym kierunku nie mogłem uskutecznić, bo po przyjeździe do domu zastałem pacyjentkę już zupełnie zdrową.

IV. Oceny i sprawozdania.

O przymiocie rdzenia przez S. Goldflama (Odczytów klinicznych wydawanych przez Redakcyję „Gazety Lekarskiéj" zeszyt 32 i 33). Warszawa 1891. Duża 8-ka, str. 58.

Omawiając przed kilkoma miesiącami w niniejszem piśmie cenną rozprawę Dra W. Gajkiewicza „o kile układu nerwowego", przyklasnęliśmy chwalebnemu zamiarowi szan. Redakcyi „Gazety Lekarskiéj" wydawania odczytów klinicznych o najważniejszych kwestyjach lekarza praktycznego obchodzących; uważamy też sobie za obowiązek zdać dziś sprawę z nowéj pracy oryginalnéj w szeregu wymienionych odczytów klinicznych świeżo wyszłéj, a przez kol. S. Goldflama skreślonéj.

Przedewszystkiem odpowiedzmy sobie na pytanie, co to jest odczyt kliniczny?

Niewątpliwie zgodzi się każdy, że odczyt kliniczny jest to treściwe przedstawienie, o ile tylko można, na własnem doświadczeniu prelegenta czy autora oparte, jakiejś kwestyi z zakresu medycyny klinicznéj, z czego wypada, iż odczyt taki sam w sobie winien stanowić całość zaokrągloną i trzymać się w swym układzie pewnych prawideł na doświadczeniu pedagogicznem opartych.

Jeżeli tak pojmiemy odczyt kliniczny, to praca kol. Goldflama o przymiocie rdzenia z pewnością nim nie jest; jestto bowiem rozprawa naukowa, opierająca się przeważnie na własnych bardzo zresztą cennych obserwacyjach klinicznych i badaniach anatomiczno-patologicznych autora z uwzględnieniem najnowszych publikacyj, ale nie pouczająca w sposób kliniczny o obecnym stanie nauki o kile rdzenia pacierzowego. Bo do czegóż służą w odczycie „klinicznym" dokładne, drobiazgowe prawie, nieraz przez kilka stronnic ciągnące się opisy badania anatomiczno-patologicznego, jeżeli wczytując się w nie traci się główny wątek przedmiotu? Dlatego sądzimy, że sumienna praca kol. G. powinnaby pomieścić się raczéj w łamach „Gazety Lekarskiéj" lub jeszcze lepiéj w „Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego", niż zajmować miejsce w szeregu odczytów klinicznych, gdzie mimo wszystkich swych zalet nie odpowiada przecież właściwemu celowi.

Jeżeli atoli z przyjemnością trzeba uznać koniecznie prawdziwą wartość wewnętrzną rozprawy kol. G., to nie można tego bynajmniéj powiedzieć o jéj stronie zewnętrznéj. Pomijając nawet styl nieco ciężki, nieraz zawiły, a układ cały nieprzejrzysty, uderza nas, powiedzmy otwarcie, bardzo niemile nadzwyczajna dowolność w terminologii i brak ścisłości, nieraz nawet loiczności w wyrażeniach. I tak na tytule rozprawy znajdujemy wyrazy „o przymiocie rdzenia" (jakiego?), gdy w tekscie posługuje się autor prawie wyłącznie „syfilisem" lub po prostu łacińską „lues". Z tłumaczeniem wyrazów lekarskich łacińskich lub greckich nie zadaje sobie autor żadnego trudu, tylko po prostu przytacza je w tekście polskim nieraz nawet błędnie (n. p. *meningitis* jest rodzaju męskiego) a przecież wiadomo każdemu, iż język nasz nie znosi tego rodzaju makaronizmów. Daléj razi używanie epitetów nie mających znaczenia właściwego, tak np. gruba siła (zdaje się więc, że jest i cienka!), umiarkowanie nacieczona błona, malejące natężenie, chora R. M. zaprzecza, by miała podejrzane spółkowanie, brzuch wpadnięty (dokąd wpadł i co go zrobiło „wpadniętym"?). Przez nieloiczne uszykowanie wyrazów czytamy „o rokowaniu ciężkiem, grożącem ważnemi zaburzeniami funkcyj lub wprost życiu chorego".

Jeżeli ma wogóle przyjść do tak pożądanego ujednostajnienia naszego słownictwa lekarskiego, to wypada oświadczyć bez ogródki, że wydawanie rozpraw z terminologiją, jaką znajdujemy w pracy kol. Goldflama, to ujednostajnienie nadzwyczaj utrudnia i opaźnia.

W końcu niech mi wolno będzie uczynić uwagę poniekąd *pro domo sua*.

Na samym wstępie swéj pracy wspomina szan. kolega Goldflam, że rzecz o kile układu nerwowego opracowali w języku polskim dawniéj już kol. Gajkiewicz i Fabian; otóż dla uzupełnienia pozwolę sobie dodać, że jeszcze w r. 1881 ukazała się w krakowskim „Przeglądzie Lekarskim" praca moja pod tytułem „O kile (*syphilis*) układu nerwowego" i że praca ta wyszła także w osobnéj odbitce (8-ka, str. 97).

Domański.

Patologija.

Lubliner (Warszawa): **Twardziel nosa i dur brzuszny.**

Od czasu badań Mikulicza wiemy, że twardziel powstaje w skutek chronicznego procesu zapalnego. Najpierw następuje infiltracyja drobnokomórkowa, któréj komórki przyjmują kształt wrzecionowatych albo zamieniają się na komórki wielkie bez jąder (komórki Mikulicza). Znaleziono także w tkance chorobowéj prątki, a Jakowski i Matlakowski utworzyli z nich kultury. Prof. Rydygier w Krakowie zaszczepił z wynikiem ujemnym prątkami temi małpę. W dalszym ciągu opisuje autor przypadek *rhinoscleroma nasi* z oddziału Dr. Herynga w szpitalu św. Rocha w Warszawie. Tyczy się on mężczyzny dojrzałego, u którego zwyrodnienie chorobowe tylko wewnętrzną błonę nosa zajmowało. Od brzegu dolnego, strony prawéj ku wewnątrz, widzieć się daje infiltrat $1/2$ ctm. wysokości. Guz ten zajmuje w dalszym ciągu dolną muszlę nosową, jakoteż i lemiesz. W głębi jamy nosowéj podobne 2 obrzęki. Po lewéj stronie w dolnéj części lemiesza chrząstkowaty naciek błoną śluzową blado zabarwioną pokryty. Za pomocą pętli wyjęty kawałek, badany pod mikroskopem za pomocą rozczynu hematoksyliny i safraniny, wykazał wszelkie cechy tkanki twardzielowéj. Z wydzieliny tkankowéj tworzył autor na agar-agarze kultury. Tak więc badanie potwierdziło rozpoznanie. Dr. Heryng wypalił galwanokauterem nowotworową tkankę, która szybko jednak napowrót wyrastała. W kilka dni po dokonanym rękoczynie zapadł pacyjent na tyfus plamisty i czas ten, t. j. od 13 marca do 12 kwietnia, przebył na oddziale dla chorych wewnętrznych. Po powrocie na oddział Dr. Herynga zauważono po stronie prawéj zaniknięcie w znacznéj części tkanki twardzielowéj, a pozostałe resztki łyżeczką wyskrobano. Wśród przebywania duru nastąpiła więc prawie zupełna inwolucyja nacieku twardzielowego. Że zarazek durowy skutecznie walczy także z innemi bakteryjami, wie o tem autor z własnego doświadczenia, widział bowiem przypadki wilka wśród przebiegu duru zanikające, a Dr. Heryng widział zanikanie kilaków na twarzy w obec występującéj róży. (*Berl. kl. Wschft.* Nr. 40, 1891).

Prof. Maragliano (Genua): **Przyczynki do patologii krwi.**

Ciałka krwi po wydostaniu się na zewnątrz zachowują przez krótki czas swą żywotność. Siła ich żywotna nie trwa jednak długo, zmieniają one z jéj utratą swój kształt i barwę. Oznaczenie zmian, jakich krew z utratą swéj żywotności doznaje, było przedmiotem badań autora. Zmiany te można podzielić na dwie grupy, t. j. na wewnętrzne i zewnętrzne. Często w centrum ciałka, rzadziéj na obwodzie, można widzieć odbarwioną i pokarbowaną przestrzeń, która z postępem czasu rośnie, przybierając kształt jużto półksiężycowy, jużto podłużny lub krzyżowy, wykonywając ruchy amebowate. Przestrzeń ta, jakby samoistne ciałko, pęka nareszcie, na pojedyncze części się rozpadając. Ciałko krwi przybiera w tym okresie barwę białą. Przestrzeń ta tworzy się wskutek krzepnięcia powolnego protoplazmy i barwi się łatwo barwikami zasadowemi, podczas gdy reszta pierwoszcza przyswaja sobie barwiki kwaśne. Ciałka krwi przyjmują także często kształt ziarnisty jagody morwowéj a przyczyną téj zmiany jest także skurczenie się pierwoszcza. Autor badał w dalszym ciągu, czy podobne zmiany nie występują również wśród naczyń organizmu żywego. Badania krwi świeżéj pod mikroskopem wykazały, że zmiany powyższe wśród ciałek występują w przebiegu bezkrwistości następowéj, jakoteż w chorobach zakaźnych, jak w durze, w zapaleniu płuc, w róży i w szkarlatynie. Zmiany obwodowe całych ciałek krwi można było udowodnić tylko w cherze rakowéj i w oligemii pierwotnéj. Forma zmian obwodowych zmusza według doświadczeń autora stanowczo źle rokować,

gdy tymczasem wobec zmian środkowych prognoza może być lepszą. Badając działanie surowicy krwi na ciałka jéj, doszedł autor do wyniku, iż surowica ludzi chorych działa niszcząco na ciałka, sprowadzając zmiany wpierw opisane i ostatecznie ich rozpad. Ciałka krwi w surowicy ludzi zdrowych zmian nie doznają. (*W. m. Bl.* Nr. 40, 1891).

Dr. Mendelsburg.

Friedmann (Mannheim): **Przyczynek do nauki o skutkach wstrząśnienia mózgu.**

Na zasadzie dwóch przypadków wstrząśnienia mózgu spostrzeganych za życia i drobnowidowo badanych po śmierci dochodzi autor do następujących wyników:

Po urazach w głowę wywołujących wstrząśnienie mózgu występują natychmiast objawy zawrotu, bólu głowy, a często i porażeń nerwów mózgowych; następnie powrót do zdrowia przerywanego zawrotami i bólami głowy napadami występującemi, wreszcie apatyja, utrata przytomności, zaburzenia psychiczne, porażenia i zejście śmiertelne. Porażenia nerwów mózgowych mogą zbliżyć objawy do obrazu występującego przy pęknięciu podstawy czaszki. Badanie drobnowidowe mózgu w obu przypadkach wykazało czworakie zmiany: przekrwienie nawet w najdrobniejszych naczyniach włosowatych, rozszerzenie zatokowate nawet tętniakowe tychże, rozszerzenie otoczki zewnętrznéj naczyń i wypełnienie jéj barwikiem krwi, wreszcie, co najrzadziéj się spotyka, szkliste zwyrodnienie ścian naczyniowych.

Przekrwienie i rozszerzenie naczyń mózgowych odnieść należy do stałego osłabienia ośrodków naczynioruchowych mózgu, przez siłę wstrząśnienia wywołanego.

W ten sposób należy sobie, zdaniem autora, tłómaczyć bóle głowy, zawroty i t. d., zaraz po zadziałaniu urazu występujące. Natomiast późniejsze występowanie tychże objawów tłómaczy autor skłonnością nabytą po urazie pierwszym. Wiadomo bowiem, że epileptycy, opoje nałogowi, już po słabym urazie mogą uledz podobnym przypadłościom, które wyjaśniają się nabytą skłonnością i zmianami zwyrodnienia naczyń. Porażenie nerwów odnosi autor do bezpośrednich zmian molekularnych w ośrodkach ich mózgowych.

Objawy więc, jak ból głowy, zawroty i skłonność do nawrotów tych objawów, pojmuje autor jako zbiór objawów pochodzących z osłabienia ośrodka naczynio-ruchowego po urazie w głowę.

Zmiany zaś psychiczne zdaje się najlepiéj tłómaczyć sobie zmianami zwyrodnienia ścian naczyniowych. Jednak przyczyna śmierci po wstrząśnieniu mózgu i dotąd pozostaje zagadką nieodgadnioną. (*Deut. med. Wschft.* Nr. 39, 1891).

Dr. Wachholz.

Terapija.

St. Klejn (Warszawa): **Leczenie róży zapomocą ichtyjolu.**

Od dwóch lat czyniono doświadczenia w klinice terapeutycznéj prof. Stolnikowa w Warszawie z ichtyjolem, stosując środek ten w 31 przypadkach róży. Z tych 13 należało do lekkich postaci róży, pozostałe zaś były to przypadki ciężkie róży wędrującéj. Część tych przypadków poddawano natychmiast po przybyciu chorych do kliniki leczeniu, część zaś dopiero po kilkodniowéj obserwacyi. W 4 przypadkach nastąpiła śmierć niezależna właściwie od saméj róży.

Na podstawie spostrzeżeń swych autor dochodzi do następujących ostatecznych wniosków:

1) Ichtyjol wpływa hamująco na żywotność zarazka róży przebywającego w skórze bądź przez działanie odtleniające na tkanki, bądźteż przez bezpośrednie działanie na sam zarazek, bądź wreszcie w jeden i drugi sposób równocześnie.

2) Pod wpływem ichtyjolu skraca się średni przebieg róży o połowę.

3) Czas trwania leczenia róży wynosi w jéj przebiegu 3, a najdaléj 4 dni; tyleż dni trwają przypadki róży leczone od samego początku ichtyjolem.

4) Przebieg róży leczonéj ichtyjolem pod wpływem tego środka staje się znacznie łagodniejszym, czego dowodem jest zmieniony typ gorączki, oraz częste bardzo spadki ciepłoty ranne, a nawet wieczorne.

Co się tyczy postaci, to stosowano *ammonium sulfoichthyolicum* w postaci maści z równą ilością wazeliny. Wobec rozległego zajęcia używał maści złożonéj z równych części ichtyjolu, lanoliny i wody. Maść należy, po obmyciu zajętéj części wodą mydlaną, dość energicznie ręką wetrzeć, o ile na to ból pozwala, poczem posmarować nową warstwą maści, okryć warstwą gazy zmoczonéj w rozczynie kwasu salicylowego, a następnie zwykłéj nieodtłuszczonéj waty. Postępowanie takie należy wykonywać 2—3 razy dziennie dopóty (zawyczaj 4 dni), dopóki gorączka nie ustąpi. Opatrunek ten chorzy znoszą bardzo dobrze. (Odbitka z *Gazety Lekarskiéj* 1891, Nr. 27). *Dr. A. Beck.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Leyden: **O komórkach eozynowych z plwocin astmatyków.**

Pierwszy Ehrlich zapoznał świat lekarski z tworami, które komórkami eozynowemi (*eosinophile Zellen*) nazwał. Są to komórki wielkie, do leukocytów należące, zazwyczaj o 2 jądrach pokarbowanych, tę własność mających, że przyciągają i przyswajają sobie eozynę. Komórki te znalazł Ehrlich we krwi, a pochodzenie ich odnosi do śledziony i szpiku kostnego. W gruczołach limfatycznych nie znajdują się, ale zato we krwi zdrowych i chorych ludzi, a u cierpiących na leukemiję w ilości znacznie większéj. Pierwszy prof. Müller z Wrocławia znalazł komórki te w plwocinach astmatyków. Po nim udowodnili je Gollasch i Friedrich. W klinice Leydena w 6 dotychczas badanych przypadkach, znajdowano je w plwocinach zawsze. Większe od ciałek ropnych rozpadają się łatwo, wydzielając ze siebie barwik. Wśród napadu astmatycznego liczba ich znacznie się zwiększa. W plwocinach innych chorych n. p. suchotników, wyjątkowo je znajdowano. Najciekawszem jest jednak to, że w śluzie kataralnym nosa u człowieka zupełnie zdrowego ciałka te w wielkiéj ilości znaleziono. We wszystkich tych jednak przypadkach występowały one równocześnie z kryształkami astmatycznemi Charcota-Leydena. Istnieje więc pomiędzy temi tworami pewien związek. Leyden sądzi, że powstają one raczéj z przesączu limfy do pęcherzyków płucnych. (*D. m. Wschft* Nr. 38, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby uszne.

Dr. Körner (Frankfurt n. M.): **Przyczynki statystyczne do wiadomości o ropniu mózgowym z zapalenia ucha pochodzącym.**

W celu wyjaśnienia pewnych dotychczas sprzecznych kwestyj, zestawił autor 100 przypadków ropni mózgowych powstałych po zapaleniu ucha. Pomiędzy niemi znachodziły się ropnie w 62 przypadkach w mózgu, w 32 móżdżku, w 6 w obu. Płeć męska była dotknięta ropniami mózgowemi 2 razy częściéj niż żeńska, a prawa strona o wiele częściéj bywa zajętą niż lewa. Samowolne pęknięcie w stropie jamy bębenk. bardzo rzadko tylko zdaje się być powodem rozszerzania się ropienia z ucha na mózg. Z badania powyższych przypadków jednak wynika, że 1) ropienie po zapaleniu ucha w mózgu pojawia się przeważnie tam, gdzie choroby części skalistéj i sutkowéj sięgają aż do opony twardéj. 2) Opona twarda i istota mózgowa między zniszczoną kością a ropniem w mózgu są bardzo często chorobowe zmienione. Z tego wszystkiego wypływa, że wbrew dotychczasowym zapatrywaniom poważna część ropni mózgowych w przebiegu ropienia usznego rozwijających się znajduje się bardzo blisko miejsca pierwotnego zajęcia, a nierzadko z takowem stoi w wykazalnéj ciągłości. Ropień więc mózgowy pochodzący z choréj kości skalistéj lokalizuje się w sąsiednich częściach mózgu, a zatem w płacie skroniowym lub w odpowiedniéj połowie móżdżku. Najczętszem powikłaniem ropnia mózgowego pochodzenia usznego bywa zakrzep w zatoce żylnéj poprzecznéj. Ropne zapalenie opony istniało 17 razy, przebicie w komórki boczne w 10, w komorę czwartą w jednym przypadku. Do odróżnienia ropnia otytycznego w płacie skroniowym od znajdującego się w móżdżku służy doświadczenie, że choroby kości w zakresie średniego dołu czaszkowego a szczególnie w stropie jamy bęb. i sutkowéj sprowadzają ropień w płacie

skroniowym, cierpienia zaś usadowione w tylnym dole czaszkowym ropień móżdżku. Opukiwając czaszkę można niekiedy znaleść miejsce nad ropniem bolesnem. Ból dobrowolny ma zdaniem autora tylko bardzo mierne znaczenie pod względem oznaczenia miejsca choroby. Zawrót głowy równie występuje w ropniu mózgu jak i móżdżku. Zapalenie n. wzrokowego jest częstym objawem ucisku mózgowego w takich ropniach. Z objawów ogniskowych zasługują na baczną uwagę zaburzenia w mowie w celu wyśledzenia miejsca choroby, bo występują tylko w ropniach mózgu po lewéj stronie i dlatego rzadko tylko pojawiają się. Porażenie połowicze i niedowład połowiczy zauważano 6 razy wobec ropni w płacie skroniowym. W 2 przypadkach dołączyło się porażenie n. twarzowego skrzyżowane. Równostronne porażenie n twarzowego jest skutkiem uszkodzenia nerwu w jego przebiegu wśród schorzałéj kości skalistéj. (*Archiv f. Ohrenheilkunde.* T. 29., zeszyt 1, 2.) *Dr. Spira.*

Choroby weneryczne i skórne.

Dr. Feibes (Akwizgran): **Przypadek „reinfekcyi“ kiłowéj.**

Kwestyja reinfekcyi kiłowéj pozostaje w ścisłym związku z kwestyją uleczności kiły. Przypuścić należy, iż kiłą zarazić się może powtórnie tylko ten, który z poprzedniego zarażenia nabytego jadu już się zupełnie pozbył. Zdania syfilidologów są podzielone, a pomyłki są możliwe. Molène n. p. opisuje przypadek, w którym wrzód miękki, który wskutek łapisowania stwardniał, za sklerozę wzięto. Pacyjent następnie zażywał antipyrynę z powodu bólu głowy; regularnie po zażyciu występowała plamista wysypka, którą za syfilityczną brano. Feibes opisuje jednak przypadek, który leczył przy pierwszéj i drugiéj infekcyi, niepewność zatem, czy pierwsza infekcyja była rzeczywiście syfilityczną, ustępuje zupełnie. Mężczyzna 23-letni zaraził się wrzodem o wszelkich cechach wrzodu twardego. W swoim czasie pojawiła się wysypka jakoteż *ecthyma* na kończynach dolnych. Przy leczeniu podskórnem *cum Hydrargyro salicylico* 0·10 *pro dosi* wszelkie objawy w przeciągu 50 dni ustąpiły. Po kilku miesiącach zjawił się pacyjent powtórnie z wrzodem twardym na innem miejscu niż poprzedni będącym; wystąpiły także objawy drugorzędne. Przypadek ten jest dowodem rzeczywistego istnienia reinfekcyi. (*Berl. kl. Wschft.* Nr. 40, 1891).

Nikulin (Moskwa): **Kiła opłucny.**

Kiłą opłucny mało się dotychczas zajmowano. W wielu podręcznikach ledwie kilka słów wzmianki o niéj znajdujemy. Według Lanceraux, Mauriaca i Virchowa kiłę opłucnową podzielić możemy na trzy gatunki: 1) Kiłę płucno-opłucnową przez przejście zmian chorobowych z jednego organu na drugi (*Pleuro-pneumonia syphilitica*). 2) Kiłę okostno-opłucnową przez przejście zapalenia kiłowego okostny żeber na opłucną (*Peripleuritis syphilitica*). 3) Zmiany kiłowe w saméj opłucny samoistnie występujące (*Pleuritis syphilitica*). Autor opisuje dwa przypadki z kliniki prof. Sacharjina w Moskwie, z których pierwszy odpowiada 2-éj a drugi 3-éj formie poprzedniego podziału.

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny w sile wieku będącego, skarżącego się na bezdech, ciągły kaszel i kłucie pod prawą łopatką. Badanie przy bliższym dotyku wykazuje obrzęk, który ciągnąc się ku linii pachowéj powoli ginie. Żeber wymacać nie można. Wypuk miejsca tego tępy, wysłuch wykazuje osłabione szmery oddechowe. Chory gorączkuje. Żadne leczenie nie przynosi polepszenia, dopiero po terapii przeciwkiłowéj w postaci jodku potasu cierpienie w przeciągu kilku dni zupełnie ustąpiło.

W drugim przypadku chory skarżył się na silne kłucie w różnych częściach piersi. Wywiady wykazują, że cierpi od 12 lat na zakażenie kiłowe. Żona przeważnie roniła. Badanie wykazuje wypuk płuc wszędzie normalny. Przysłuch stwierdza tarcie opłucnowe po obu stronach na dole i w tyle. Szmery oddechowe pęcherzykowe. Ze względu na dawne zakażenie kiłowe przypuszczał N. zapalenie opłucny natury specyficznéj. Aby jednak się lepiéj o tem przekonać, zastosował zwykle w takich razach leczenie. Było ono jednak zupełnie bezskuteczne. Teraz dopiero przystąpił autor do leczenia przeciwkiłowego. Po 2 tygodniach ciepłota opadła do normalnéj; objawy wysłuchowe i bóle zupełnie ustąpiły. Jestto dowodem, iż zadrażnienie opłucny tylko produktami zarazka kiłowego wywołane być mogło. (*Berl. kl. Wsch.* Nr. 40, 1891).

A. Philipson (Hamburg): **Leczenie rzeżączki chronicznéj.**

W celu rozpoznania umiejscowienia choroby należy przedewszystkiem przestrzyknąć i dokładnie obmyć część przednią cewki moczowéj. Jeżeli bezpośrednio oddany mocz zawiera nitki i grudki śluzowe, nie podlega wątpliwości, że mamy do czynienia z *urethritis posterior.* Badania tym sposobem podjęte wykazały, że w 86% przypadków mamy zajęcie tylnéj części cewki, które zazwyczaj już po kilku tygodniach, od początku trypra cechując, występuje. W tych przypadkach stosowanie wstrzykiwań za pomocą zwykłéj strzykawki jest bezcelowe. Tak chętnie przez praktyków używana sonda, stosowaną być może tylko w przypadkach zadawnionych o skąpym wypływie. P. nie jest także zwolennikiem antroforów Stefana i poleca następującą metodę: Za pomocą wprowadzonego giętkiego kateteru Nélatona wstrzykuje wprost do pęcherza 150 gr. rozczynu azotanu srebrowego 1:3000, wyjmuje kateter i każe przez parcie na pęcherz drogą naturalną rozczyn wypuścić. Jeżeli nie występuje większa reakcyja, wstrzykuje przez dni 8 codziennie. Metoda ta posiada następujące zalety: 1) Lek rozpościera się jednostajnie w całéj cewce moczowéj. 2) Nie wywołuje żadnego zadrażnienia a zatem i żadnych innych cierpień ubocznych. 3) Jest tak prostą, iż i nie specyjalista wykonywać ją może. 4) Wyniki jéj są lepsze aniżeli metod innych. (*W. m. W.* Nr. 38, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Położnictwo.

A. Czempin: **W sprawie wydalania popłodu.**

Autor przechodzi naprzód historycznie rozwój kwestyi o zachowaniu się lekarza, względnie interwencyi jego w porodzie popłodu. Przytacza walkę zdań i zapatrywań najznaczniejszych lekarzy w początku i połowie naszego wieku, oddając Credému pierwszeństwo nie w inicyjatywie, lecz w rozpowszechnieniu nauki o zewnętrznym sposobie uwalniania łożyska, który mając za podstawę fizyjologiczny przebieg porodu, w znacznéj liczbie wyklucza niebezpieczne nieraz zabiegi śródmaciczne.

Mimo to jednak podniosły się poważne głosy także i przeciw téj metodzie, jak Dohrna, Rungara a szczególniéj Ahlfelda, który obserwował bardzo złe wyniki po zastosowaniu tego rękoczynu, jak oderwanie błon, pozostawanie części łożyska w macicy, następowe krwotoki i zakażenia połogowe. Podał tedy metodę zupełnie wyczekującą.

Badania pod tym względem przez szkołę niemiecką uskutecznione, a tyczące się głównie fizyologii trzeciego okresu porodowego, dały następujące wyniki: Okres ten dzieli się na trzy fazy:

1) Oddzielenie się łożyska i błon od ściany macicy. 2) Wypchnięcie odklejonego łożyska z jamy macicy. 3) Urodzenie zupełne popłodu. Proces zaś jest tego rodzaju, że skutkiem ostatniego bólu, który płód na świat wypchnął, macica tak się kurczy wśród pierwszego popłodowego bólu, że łożysko musi się odkleić. Wspomaga zaś i krwotok założyskowy, coraz więcéj łożysko odklejający, przy pomocy bólów. Następne bóle spychają je niżéj, aż w 30 minut po urodzeniu się płodu łożysko znajduje się za wejściem do pochwy. Łożysko zaś przechodzi przez otwór w błonach, którym już płód się wydobył, a błony wychodzą naostatku, obejmując skrzepy z krwotoku pozałożyskowego. (Schultzego przebieg). Równocześnie macica zmienia kształt, wydłużając się w osi podłużnéj, a zmniejszając się w poprzecznéj i podnosi się w górę, bo łożysko wstąpiło do dolnego odcinka.

Rzadki, bo w 20% przypadków przebieg Dunkana, gdzie łożysko ześlizguje się po ścianie macicy, nie wchodzi w rachubę, bo zazwyczaj zdarza się tam, gdzie łożysko jest nizko umiejscowionem.

Te doświadczenia więc wskazują, że łożysko bez żadnéj pomocy zewnętrznéj, tylko siłami macicy zostaje odklejonem

i do dolnego odcinka zchodzi. Przeciwnie, gdy się uciska, przeszkadza się fizyjologicznemu przebiegowi, części błon łatwo pozostają, a pozałożyskowy krwiak, który w normalnych warunkach działa jak tampon na otwarte naczynia, zostaje zawczas usuniętym, skutkiem czego nowe powstają krwotoki, a otwarte naczynia wolniéj skrzepami się zatykają. Nadto zawcześnie ustaje bodziec, drażniący ścianę macicy do kurczenia się, która zawczasu wypróżniona skłonną jest do zwiotczenia, wywołując krwotoki następowe.

Wrzekoma korzyść, jakoby skutkiem zabiegu Credégo położnica mniéj krwi traciła, została zaprzeczoną doświadczeniami Ahlfelda i Schauty, którzy stwierdzili, że właśnie przeciwnie się dzieje. Dla tego Ahlfeld radzi czekać $^1/_2$ godziny po urodzeniu się płodu, w którym to czasie już łożysko w pochwie znajdować się winno. I jeżeli jakieś anormalne stosunki nie wymagają energicznego działania, zostawić na pół rozwiązaną kobietę spokojnie. Jeżeli zaś z pochwy się popłód sam nie wydobywa, lub krwawienie nieprawidłowe występuje, wtenczas dopiero masując macicę, uwolnić ją od zawartości. Niezbędną wszakże jest rzeczą, jak autor powiada, aby lekarz obznajomionym był dokładnie z objawami fizyjologicznemi tych trzech faz odklejania i wydobywania się łożyska i aby pilnie cały przebieg łożyska obserwował. Wreszcie po $^1/_2$ godzinnem czekaniu, gdy odklejone już łożysko luźnie w dolnym odcinku macicy spoczywa, można, bez szkody żadnéj dla położnicy, lekkiem ugniataniem macicy w kierunku osi miednicy łożysko wydalić.

Gdy się zaś z obserwacyi okaże, że łożysko się nie odkleja, lub że krwawienie jest znaczne, natenczas dopiero należy użyć metody Credégo, ale nie długo, a gdy ona nie prowadzi do skutku pomyślnego, po dokładnem odrażeniu i rodzącéj i rąk, wykonać potrzebny rękoczyn. (*Berl. klin. Woch.* 1891, Nr. 2). *Wł. Harajewicz.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 października. W ciągu bieżącego tygodnia rozpoczęły się wykłady w Wydziale lekarskim. W spisie urzędowym zapowiedzianych zostało na półrocze zimowe 45 wykładów: na wykłady te składają się 22 profesorów i 7 docentów prywatnych, przy pomocy 18 asystentów i demonstratorów. Od czasu ogłoszenia spisu liczba profesorów zmniejszyła się o dwóch, a mianowicie przez śmierć nieodżałowanego prof Kopernickiego i przez wyjazd na pół roku do Wiednia prof. Adamkiewicza. — Luka powstała przez ubytek pierwszego zapewne nie tak prędko wypełnioną zostanie, a to z dwóch powodów, raz dlatego, że katedra antropologii nie jest systemizowaną, a powtóre, że nie tak prędko znajdzie się antropolog polski, którvby był godny zastąpić ś. p. Kopernickiego; wyznaczeniem zaś zastępcy prof. Adamkiewicza Wydział lekarski zajmie się już na najbliższem swem posiedzeniu. Nadto dwóch innych profesorów niedomaga od dłuższego czasu, zachodzi więc pytanie, czy wykłady ich przyjdą do skutku. Natomiast zaznaczamy z prawdziwą przyjemnością, że prof. Oettinger, który z powodu ukończenia 70-go roku życia przeszedł w stan spoczynku, zapowiedział i nadal wykłady swoje z historyi medycyny i literatury lekarskiéj, do czego według ustawy ma prawo, a co dla nas jest tem pożądańszem, o ile dotychczas nie ma nadziei pozyskania młodszéj siły, któraby z równem powodzeniem zdołała zastąpić zasłużonego profesora, którego wykłady tak pod względem przedmiotowym jako też językowym są znakomitemi i dlatego spodziewamy się, że pp. słuchacze medycyny nie zaniedbają sposobności, aby skorzystać z wykładów, które im przypomną złoty wiek pięknego języka naszego, obecnie niestety tak często poniewieranego.

* D. 13 b. m. obchodzono w Berlinie urodziny 70-te Rudolfa Virchowa, a stronnicy jego parlamentarni ofiarowali mu piękny upominek. Uroczystość ta odbyła się w gronie familijnem, w którem znalazł się i przyszły zięć jubilata, profesor anatomii z Pragi Rabl. We Wiedniu prof. Nothnagel, jako były uczeń jego, rozpoczął w tym dniu wykłady swoje od apoteozy mistrza oddając mu świadectwo, że na ostatnim Zjeździe w Hali przed trzema tygodniami zastał go tak rzeźkim i wymownym, jak wówczas, gdy był jego uczniem. Oprócz wielkich zasług, które Virchow położył dla nauki, cały świat cywilizowany wielbi zacność jego charakteru i sprawiedliwość dla innych. To też świat cały, dokąd tylko nazwisko Virchowa sięga, składa hołd mężowi pod każdym względem zasłużonemu.

* W tygodniu 39-tym (od 27 września do 3 października) było w Krakowie małżeństw 16, urodzin 50, skonów 43; z tych z zapalenia płuc 9, z gruźlicy 7, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 4.

* **Rosyja**. W dniu cesarskich imienin następujący lekarze wojskowi otrzymali ordery: św. Włodzimierza kl. 3-éj: Mikołaj Wojciechowicz; kl. 4-éj: Wincenty Konstantynowicz, Benedykt Podhajecki, Bolesław Sawicki; św. Anny kl. 2-éj: Ludwik Dubiński, Władysław Majewski, Józef Kondratowicz, Alojzy Szuszkiewicz; kl. 3-éj: Konstanty Borysiewicz, Jan Przybylski, Jan Antoni Dylewski, Józef Jankiewicz, Bron. Józef Zygmunt Poraziński, Stanisław Solski, Faustyn Kraskowski, Józef Maryjan Feliks Bieliński, Leonard Ryszard Nejman, Kazimierz Elsner; św. Stanisława 2-éj kl.: Bronisław Trojanowski, Alfons Władysław Kelner, Gustaw Jan Kazimierz Marks, Michał Porczyński, Adolf Keller, Piotr Januszkiewicz; 3-éj kl.: Waleryjan Bekarewicz, Mikołaj Maszewski, Bron. Julijan Kozłowski, Józef Antoni Rojecki, Piotr Marecki, Józef Daszkiewicz, Hieronim Szelagórski, Emil Terlecki, Zygmunt Czygłowski.

Prof. Sorokin, wykładający medycynę sądową w petersb. lek. akademii, przechodzi w stan spoczynku, miejsce jego czasowo będzie zastępować prof. Iwanowski. — Kupiec odeski A. Brodzki ofiarował 20,000 rs. na szpital starozakonnych. — W Berdyczowie zmarł Dr. Stanisław Fijałkowski, znany w literaturze oftalmicznéj. *Dr. J. T.*

* **Wiadomości osobowe**. — Prof. zwyczajny oftalmologii w Insbruku, Dr. Michał Borysiekiewicz zamianowany został profesorem zwyczajnym tego przedmiotu w Grazu. — Prof. nadzwycz. Dr. Zygmunt Exner we Wiedniu mianowany został profesorem zwyczajnym fizyjologii i przełożonym jednego z dwóch zakładów fizyjologicznych tamże.

* **Nekrologija**. We Wiedniu umarł w 71 roku życia Dr. Jakób Pollak, b. lekarz przyboczny szacha perskiego Nasr-Eddina. W r. 1851 wezwany z Wiednia do Teheranu na posadę nauczyciela chirurgii wojennéj w szkole wojskowéj, w krótkim czasie tak wyuczył się był języka perskiego, że nietylko już po upływie roku był w stanie w języku tym wykładać, lecz nadto napisał anatomiję i fizyjologiję. w języku perskim, oraz ułożył słownik lekarski dla swoich uczniów. Będąc w wielkich łaskach u szacha wymógł założenie kliniki chirurgicznéj w stolicy. Powróciwszy w r. 1864 do Wiednia opracował wielkie dzieło o Persyi, szczególnie pod względem botanicznym i zoologicznym, oraz pełnił obowiązki nauczyciela języka perskiego w Uniwersytecie wiedeńskim. Nadto aż do końca życia wykonywał praktykę lekarską we Wiedniu i w Ischlu. Zaszczycony był licznemi orderami i cieszył się uznaniem uczonych. — W Klausenburgu umarł nagle prof. dermatologii Dr. Geber, uczeń Hebry i b. docent we Wiedniu, nie ukończywszy 50 lat życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 39: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik; Grünbauma i Centnerszwera: O ruchu chorych w lecznicy chirurgicznéj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka; Obalińskiego: O surowiczych torbielach zaotrzewnowych; Puławskiego: Spostrzeżenia klin. nad zastrzykiwaniami soku jądrowego (metodą Brown-Séquarda) (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21 października b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Lazarskiego (ul. św. Anny *Colleg. physic).* — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Pieniążek: Przedstawienie choréj. 2) Z oddziału prof. Pareńskiego kol. Pohorecki: O wpływie *kali telluricum* na poty u suchotników. 3) Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, opróżnioną jest posada sekundaryjusza z płacą roczną 400 złr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa. — Podania przyjmuje Dyrektor tegoż szpitala do d. 26 października 1891 r.

L. 19.782 **OGŁOSZENIE KONKURSU**

Przy przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada prymaryjusza z płacą roczną do końca roku 1891 w ilości 800 złr. w. a. zaś od dnia 1 Stycznia 1892 roku w ilości 900 złr. w. a.

Kandydaci do téj posady muszą oprócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1. obywatelstwo austryjackie,
2. stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryjackich,
3. dwuletnią praktykę szpitalną oraz poświadczenie, że wykonywali znaczniejsze operacye,
4. dokładną znajomość języków krajowych,
5. nieskazitelny charakter.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyjum Magistratu w Przemyślu do końca października 1891.

Z Magistratu miasta Przemyśl, dnia 27 września 1891.

92 – 3—3 *Dworski.*

P. T. Upraszam szan. Kolegów o łaskawe natychmiastowe doniesienie, gdyby się gdziekolwiek pojawiła ospa naturalna na wymieniu u krów. Wszelkie z doniesienia wynikłe koszta, jakoto listy, telegramy, koszta podróży, chętnie ponoszę i natychmiast z podziękowaniem zwracam. Z poważaniem prof. Dr. A. Barański.

Adres telegramu: Dr. Barański Lwów.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 24 Października 1891. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O wrzekomych glejakach siatkówki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

W literaturze znajdujemy opisy rozrostów tkanki łącznej i naczyniowéj, powstałych wskutek przewlekłego zapalenia siatkówki, lub też obfitych wynaczynień, a bezpośrednio ciąg dalszy tkanki siatkówkowéj stanowiących. Rozrosty te nie należą wszakże do nowotworów w ścisłem znaczeniu wyrazu.

Rzadko również nowotwory części sąsiadujących przechodzą na siatkówkę, przedewszystkiem mięsaki naczyniówki, okoliczność, którą najłatwiej wytłumaczyć może bardzo wczesne oderwanie siatkówki, jakoż porażenie siatkówki przy mięsaku naczyniówki w istocie spostrzegano li tylko w przypadkach, gdy siatkówka nie była oderwaną od naczyniówki. W każdym razie porażenie to do późniejszych okresów rozwoju nowotworu należy; rzadki pod tym względem wyjątek stanowi przypadek przez Treitela opisany (*Arch. f. Ophthalm.* XXIX. 4)

Właściwie z pierwotnych nowotworów siatkówki dotąd znamy jednę tylko formę, lecz bardzo częstą, mianowicie glejaki, lub glejomięsaki. Wiek do lat 12-stu, rozwój i bardzo typowy obraz kliniczny glejaka składają się na pozór na łatwe rozpoznanie cierpienia. Według Hirschberga (*Der Markschwamm der Netzhaut* 1869 str. 178). J. Wardrop pierwszy zwrócił uwagę na podobieństwo połysku źrenicy oka przy glejaku z połyskiem zdrowego oka u owcy, kota i niektórych mniejszych ssących, dodał zarazem, że najbardziéj jest on widocznym w półcieniu. Wkrótce przyzwyczajono się szereg zjawisk: ślepotę, rozszerzenie źrenicy i białawy połysk z dna oka pochodzący nazywać „ślepem kociem okiem“ (*amaurotisches Katzenauge*), którą to nazwę jednak Beer (*Lehre v. d. Augenkrankh. Wien* 1817. II. str. 415) stosował do zupełnie innych stanów, mianowicie do nazwanej przezeń *„zweite Gattung des schwarzen Staares“*, nie zaś do nowotworów śródgałkowych, które on wyprowadza od spojówki. Według Lebera (*Handb. d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* V, str. 670), opis Beera najbardziej odpowiadać się zdaje wyższym stopniom samoistnego oderwania siatkówki. *Pockels* (*v. Graefe u. v. Walther's Journ. f. Chirurgie u. Augenheilk.* VI, str. 349. 1824) utrzymuje, że wejrzenie, jakie glejak przedstawia, wręcz się różni od ślepego kociego oka Beera. Travers (*Synopsis of the diseases of the eye London* 1820, str. 203) jest zdania, że przed przedziurawieniem gałki niepodobna odróżnić glejaka od łagodnego cierpienia ciała szklanego. Jaeger, Ammon, Bauer i Sichel utrzymywali, że kocie oko Beera stanowi początek glejaka, przeciwnie Mackenzie, Lincke, Lawrence, Travers, Chelius, Ruete i Arlt udowodnili, że pewne wysięki zapalne naczyniówkowe wyglądać mogą jak glejaki. Graefe (*Arch. f. Ophth.* II, 1 str. 213. 1855) przyznaje, że wielka im się za to wdzięczność należy, myśl zaś tę dalej rozwinął w całym szeregu artykułów — od r. 1855 do 1867.

Hirschberg w r. 1869 (l. c. str. 228) wypowiedział, że: 1) glejak wypukłą powierzchnią zrazików narośli różni się od twórczego nasięku ciała szklanego, którego powierzchnia jest równą, błonowatą, ma jednostajny mosiędzowy połysk, nieprawidłowe unaczynienie i wybroczyny krwiste, nadto najbardziej stanowią tu wywiady;

2) w ropiastem zapaleniu naczyniówki, powstałem wskutek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, przednia komora jest płaską, tkanka tęczówki zwyrodniałą, brzeg jej zrośnięty z torebką, gałka miękka;

3) oderwania siatkówki, zwłaszcza powstałe wskutek marskości ciała szklanego, chociaż mają powierzchnię ku wewnątrz opatrzoną wydatnościami, brak tu jednakże typowej tkanki glejaka, typowych plam białych etc. Wypowiada on w końcu zdanie (l. c. str. 234), że obecnie nie rozpoznać glejaka chyba niepodobna.

W literaturze znajdujemy jednakże sporo spostrzeżeń, które nie na korzyść zdania takiego przemawiają. Alfred Graefe jeszcze w r. 1863 (*klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*

str. 233) opisał następujący przypadek. U 12-letniego chłopca w oku oślepłem powoli i bez podrażnień przyłączył się później stan zapalny i rozpoznanie nader było trudnem. Brakowało tu co prawda wypukłości i naczynia siatkówki nie były widzialne; w istocie był to wągr. Sam Hirschberg (*Arch. f. Ophthalm. XVI*) i Steudener (*Arch. f. pathol. Anat. LIX*) dokładnie opisali mięsaki naczyniówki u dzieci. Saemisch (*Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde* II, 2 str. 115) spostrzegał przypadek, w którym nadto ciśnienie było zwiększone, przy znacznem wysadzeniu gałki i utrudnieniu jéj ruchów. Nie zachodziło nawet wątpliwość co do glejaka, lecz właściwie miało miejsce tylko oderwanie siatkówki zrośniętéj z naczyniówką przez powstałą ropę, na zewnętrznej powierzchni białkówki znajdował się łagodny nowotwór. Według Lebera (*Handb. d. gesammt. Augenheilk.* V, str. 734) największe złudzenie wtedy ma miejsce, gdy w ropiastem zapaleniu naczyniówki wysięk zbiera się tylko pod siatkówkę, która tworzy wtedy wydatność w ciele szklanem położoną.

Nettleship (*Ophthalm. Hosp. Rep.* VIII), badając oko wyjęte przez Hutchinsona śród zjawisk ślepego kociego oka, znalazł zapalenie traktu uwealnego. Ogniskami, dokoła których znalazł najbardziej znaczne nacieczenie przez komórki limfoidowe, były: wewnętrzny pierścień tęczówki, splot żylny i tylna część ciała rzęskowego.

O Becker w swym atlasie (*Atlas der pathol. Topographie des Auges. 1878*), na tabl. XXI przedstawia wizerunek oka uległego chronicznemu zapaleniu naczyniówki i siatkówki i ciała rzęskowego z następczem oderwaniem siatkówki (*Pseudogliom*). W siatkówce znalazł rozrost tkanki łącznej, w naczyniówce w miejscu warstw włosowatej i naczyniowéj znajdowała się siateczka z tkanki łącznéj, która w niektórych miejscach przez otwory w przybłonku barwikowym powstałe występowała po nad poziom naczyniówki, niekiedy nawet łączyła się z oderwaną siatkówką za pomocą cienkich włókien.

Raab zbadał anatomicznie (*Arch. f. Ophthalm.* XXIV, 3 V dwadzieścia oczu z rozpoznaniem „kociego oka“, co odpowiadać się zdaje 60 tysiącom chorych ocznych. W 5 przypadkach z pomiędzy tych nie było ani glejaka, ani też w ogóle nowotworu — li tylko sprawy zapalne. W dwóch przypadkach znalazł zwykłe chroniczne zapalenie tęczówki, ciała rzęskowego i naczyniówki z surowiczo-ropiastym wysiękiem i zupełnem oderwaniem siatkówki. Trzy inne przypadki opisuje dokładniej. W pierwszym, u 10 letniego chłopca, znaleziono pomiędzy naczyniówką a zupełnie oderwaną siatkówką liczne napięte włókna, powstałe prawdopodobnie wskutek uprzedniego zrośnięcia siatkówki z naczyniówką, które składały się z tkanki łącznej, a w środku zawierały naczynia, te zaś łączyły się następnie z naczyniami ciała szklanego. Soczewka była posunięta ku przodowi, komora przednia bardzo zmniejszona, tęczówka zanikła, przestwor Fontany zamknięty, ciało rzęskowe w tylnej swéj części oderwane od białkówki, siatkówka zupełnie oderwana, pomiędzy zaś fałdami jéj ciało szklane w postaci nieznacznéj masy tkanki bliznowatéj, zrośniętéj ku przodowi z wyrostkami rzęskowemi; właśnie marskości ciała szklanego autor przypisuje wszystkie zmiany spostrzeżone. Ciało rzęskowe i naczyniówka były zgrubiałe wskutek obfitego nacieczenia komórkowego, jakkolwiek warstwa naczyniowa włosowata jako taka wcale nie istniała, komórki części rzęskowéj siatkówki były przeistoczone w „bardzo długie włókna, które skierowywały się ku ciału szklanemu i łączyły z pierwocinami tegoż o budowie młodéj tkanki bliznowatéj; były też w niem drobne wynaczynienia. Pierwocin nerwowych w siatkówce wcale nie było, natomiast tkanka łączna była rozrosłą, wszakże ślady zwykłych warstw jéj dawały się niekiedy spostrzegać. Tak więc obraz ślepego oka w tym przypadku był wywołany bezwarunkowo przez zapalenie naczyniówki i ciała rzęskowego. Dodam, że przy badaniu klinicznem spostrzeżono: zaćmienie rogówki, nastrzykanie naczyń rogówkowych, w spojówce rozszerzone żyły, zupełnie nieruchomą i rozszerzoną źrenicę, po za soczewką znajdowała się nierówna, włóknista powierzchnia, pokryta czerwonemi pasmami. Ciśnienie zwiększone, zupełna ślepota. W drugiem oku znaleziono rozsiane zapalenie naczyniówki. — W drugim przypadku (u 4-letniego dziecka) z obrazem kociego oka, przednia komora była głęboka, siatkówka i naczyniówka zupełnie oderwane. W tęczówce, ciele rzęskowem i w naczyniówce zmiany były te same, co w pierwszym przypadku, tylko zanik daléj był posunięty, gdyż uległy mu również naczynia i barwik. Oderwana siatkówka tak dalece była zwyrodniałą, że najczęściéj niepodobna było odróżnić jéj od również zwyrodniałego ciała szklanego. Niekiedy komórki barwik zawierały, widziano też kupki jego swobodne, jako resztki wynaczynień. W 3-cim przypadku, u 4-letniego dziecka, soczewka była posuniętą ku przodowi, tylna część ciała rzęskowego oderwana. Za soczewką znajdowała się zrośnięta zarówno z torebką jakoteż z wyrostkami rzęskowemi masa o guzowatéj powierzchni, wielkości orzecha, od któréj ku tarczy kierowało się pasemko tkanki łącznéj; siatkówka i ciało szklane znikły były doszczętnie. Badanie drobnowidowe wykazało: tęczówka, ciało rzęskowe i naczyniówka zanikłe, obok wyrostków rzęskowych słabe resztki ciała szklanego z wrosłemi doń w postaci długich włókien komórkami rzęskowéj części siatkówki, zawierało ono nadto komórki wrzecionowate i barwik. Za samą soczewką znajdowała się tkanka, złożona ze splecionych włókien, pomiędzy któremi spostrzeżono komórki rozmaitego kształtu o lśniących jądrach i prawdziwe gruzełki gruźlicze.

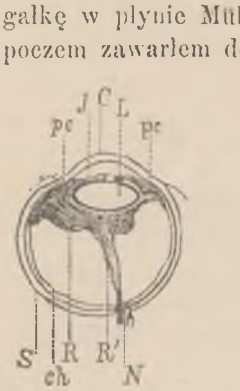
Autor słuszny wysnuwa wniosek, że w przypadkach tych mieliśmy sprawę zapalną o wiele odmienną od zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, mianowicie szczególną uwagę zwraca tu słaby nader udział przednich części traktu naczyniowego, brakuje również właściwego zapalenia ciała rzęskowego, barwikowego pokładu (*Schwarte*) do tylnego woreczka przyległego, również w okolicy przestworu Fontany nacieczenie bardzo było słabe, a soczewka przeźroczystą. Przyczyny szukać należy raczej w stanie zapalnym części bardziej ku tyłowi położonych, mianowicie rąbka siatkówki i przyległéj doń bezpośrednio części ciała rzęskowego. Zwiększenie ciśnienia w późniejszych okresach tłumaczy Raab przez pociąganie ciała rzęskowego przy marskości mocno zrośniętego z rzęskową częścią siatkówki ciała szklanego. Przeto brak wyraźnych zjawisk zapalnych w przedniéj części obok zwiększonego ciśnienia utrudnia odróżnianie takich przypadków od glejaka.

Wetsch (*Arch. f. Augenheilk.* XI, str. 413) badał 24 przypadków, w których w klinice Hornera rozpoznano glejak, z tych jednakże glejak w istocie istniał tylko w 22, gdyż w jednym było zapalenie ciała szklanego (*hyalitis*), w drugim — ropiaste zapalenie naczyniówki. Goldzieher (*klin. Monatsblätter f. Augenheilk.* 1879 str. 45) znalazł w jednym przypadku — historyja choroby była wcale nie-

znaną — gałkę, wypełnioną nowotworem, w którym pętle sieci, na kształt w płucach spostrzeganej, powstałéj prawdopodobnie wskutek zlania się komórek, łączyły się bezpośrednio z grubemi szklistemi wyrostkami również zgrubiałéj membr. lim. interna. Naczyń nowotwór wcale nie posiadał; istotę jego stanowiły odrębne przeważnie komórki, które bardzo przypominały jądra, położone u podstawy włókien zrębowych siatkówki. Nietylko nowopowstałe komórki, ale i same komórki siatkówki, a nawet naczyniówki były szkliste zwyrodniałe. Zdaniem autora w zmianach opisanych ze względu na znaczne wymiary powstałego utworu, na brak naczyń i zwyrodnienie szkliste, najwłaściwiéj rozpoznać nowotwór, mianowicie oblak (cylindroma). Da Gama Pinto (*Untersuchungen ueber intraoculare Tumoren. Wiesbaden* 1886) opisuje przypadek wrzekomego glejaka siatkówki u 3½ letniego dziecka. Dyjagnoza kliniczna brzmiała — glejak; poza przeźroczystą soczewką znajdowała się żółtawa, pozbawiona naczyń masa, która zresztą drgała przy znaczniejszych ruchach gałki. Przednia komora głęboka, ciśnienie obniżone, ślepota. Po rozcięciu gałki, znalazł siatkówkę zupełnie oderwaną, tworzyła ona okrągły sznurek, który łączył nerw wzrokowy z położoną ku przodowi półokrągłą białawożółtą masą. W masie téj rozpoznać wypadło produkt zapalenia ciała rzęskowego. Pokład (*Schwarte*) pochodził przeważnie od rąbka siatkówki, stanowił ciąg dalszy walcowatych komórek części rzęskowéj; w okolicy tylnego bieguna soczewki produkty te wchodziły do jéj istoty. Inne części oka były prawidłowe, tylko przybłonek barwikowy cokolwiek rozrosły; w tęczówce i ciele rzęskowem mierny naciek. Noyes (*Americ. Ophthalm. Soc. 23 meeting* 1887) opisał następujący przypadek: u 5-letniéj dziewczyny przy obrazie klinicznym glejaka przypominającym po wyłuszczeniu gałki znaleziono powstałą w ciele szklanem masę z tkanki łącznéj złożoną. Siatkówka była zupełnie oderwaną.

Schiess — Gemuseus (*Arch. f. Ophthalm.* XXXIV, 4) opisał wrzód w zgrubiałéj siatkówce. Dziecię 10 letnie przed rokiem cierpiało na zapalenie lewego oka, które wkrótce ustąpiło, lecz wzrok znacznie upadł. Jeszcze przed 6 ciu tygodniami nie było najmniejszego stanu zapalnego. Od dwóch tygodni wrażenie światła znikło, od tygodnia spostrzeżono rozszerzenie lewéj źrenicy, od dni kilku dziecię doświadcza bólów. Obraz kliniczny najzupełniej odpowiadał glejakowi siatkówki w początku okresu zapalnego. Po dokonanem wyłuszczeniu gałki znaleziono lejkowate oderwanie siatkówki, części jéj przednie zawierały barwik, który prawdopodobnie ze krwi pochodził; tylna powierzchnia soczewki kształt miała stożkowaty, u wierzchołka stożka również barwik się znajdował. Na zewnętrznéj powierzchni lejka znajdował się okrągły torbiel barwy żółtawéj, ściśle z siatkówką połączony. Ponieważ wewnętrzne warstwy siatkówki były zachowane, przeto niepodobna było przypuścić wstąpienia produktów przez pękniętą siatkówkę do ciała szklanego, lecz wypadło rozpoznać wrzód odgraniczony w warstwach wewnętrznych siatkówki powstały. Gorecki (*Société d' ophtalm. de Paris* 3 *Juillet* 1889) opisał następujący przypadek. 5-letnie dziecię przed pół rokiem zostało uderzone w oko. Obraz kliniczny nie pozostawiał wątpliwości co do glejaka, przeto wyłuszczono gałkę. Siatkówka była zupełnie oderwaną i ciągnęła się w postaci sznurka do nerwu wzrokowego; pomiędzy nią a naczyniówką znajdował się włóknikowy wysięk. Przy badaniu powierzchownem tylko bardzo małe miejsce budzić mogło podejrzenie co do glejaka. Dokładniejszego badania dokonać miano później, wszakże dotąd nigdzie go nie znalazłem.

Przypadki przytoczone udowadniają, że w niektórych przypadkach rozpoznanie glejaka bynajmniej nie jest tak łatwem, jakby się zdawać mogło, stwierdza to też niżej przytoczony przypadek, który również co do cech klinicznych najzupełniej przypominał glejaka. R. G., 12-letnia dziewczyna, zupełnie zdrowej i mocnej budowy, zasięgała mej rady w r. 1888 z powodu ślepoty lewego oka, którą przed rokiem jakoby została dotkniętą i bólów w lewej skroni od czterech miesięcy powtarzających się z odstępami. Przed dwoma miesiącami otaczający spostrzegli odblask o zmroku pochodzący z poza źrenicy oka. Prawe oko zupełnie prawidłowe, prócz bardzo nieznacznej plamy obok brzegu dolnego rogówki, wzrok prawidłowy. Badanie lewego oka wykazało: powieki, spojówka i rogówka zupełnie prawidłowe, ciśnienie śródoczne znacznie podniesione, żyły podspojówkowe nastrzykane. W obrębie źrenicy odblask białawy z głębi oka pochodzący, poczucia światła zupełnie stracone, źrenica cokolwiek rozszerzona, lecz kurczy się przy działaniu światła na prawe oko. Przednia komora prawidłowej głębokości, położenie gałki zupełnie prawidłowe, ruchy również. Przy oświetleniu bocznem znalazłem zupełnie przeźroczystą soczewkę, po za nią zaś szarawobiałą guzowatą powierzchnię, w niektórych miejscach brunatnożółtawemi kropkami pokrytą, która pozostawała nieruchomą przy znaczniejszych nawet ruchach gałki. Chora przed trzema laty, z powodu przypadkowego obrażenia prawego oka miała je zawiązane wciągu dwóch dni, przez ten czas jednak mogła najswobodniej oddawać się zwykłym zajęciom; nie ulega więc wątpliwości, że lewe oko było uprzednio zupełnie prawidłowe. Mając nadto na względzie zupełnie zdrowy organizm, powstałe od 4 miesięcy w pewnych odstępach bóle rzęskowe, w obec danych przy badaniu oka chorego otrzymanych, rozpoznano nowotwór, najprawdopodobniej glejak siatkówki w początku okresu zapalnego. Nazajutrz dokonałem wyłuszczenia gałki ocznej. Części gałkę otaczające i nerw wzrokowy, odcięty o 4 mm. ku tyłowi od wejścia do gałki, były zupełnie prawidłowe. Przechowałem gałkę w płynie Müllera, następnie przeniosłem do wyskoku, poczem zawarłem do celloidyny.



Objaśnienie rysunku:

C — rogówka.
S — białkówka.
ch — naczyniówka.
pc — wyrostki rzęskowe.
I — tęczówka.
L — soczewka.
N — nerw wzrokowy.
R — siatkówka.
R' — sznurek siatkówki.

Długość osi ocznej wynosiła 21, 5 mm. Rogówka zupełnie prawidłowa, tęczówka również, jakoteż jej warstwa jagodówkowa, która bynajmniej nie była zgrubiałą, na całej przestrzeni swobodną, nigdzie nie zrośniętą z przednią torebką soczewki. Pętle przestworu Fontany zupełnie prawidłowe, dokoła przewodu Schlemma najmniejszego nacieczenia drobno komórkowego. Soczewka prawidłowa, torebka i jej przybłonek zupełnie dobrze przechowane. We właściwem ciele rzęskowem (mianowicie w jego części zmarszczonéj, *pars plicata*) żadnych zgoła zmian, nie tylko w mięśniu zastosowawczym, lecz również w podścielisku jego zupełny brak

nacieczenia drobno-komórkowego, naczynia bynajmniej krwią nie przepełnione, listki jagodówkowe i rzęskowa część siatkówki bez żadnych zmian. W obrączce rzęskowej (*orbiculus ciliaris*), zwłaszcza w tylnej jéj części, bardzo wybitne znajdujemy zmiany, te zaś znacznie się pomiędzy sobą różnią w skroniowej i nosowej połowach gałki, w pierwszej mianowicie były one o wiele wydatniejsze. Naczyniówka nigdzie nie była oderwaną od białkówki i wyglądała zupełnie prawidłowo; od śródocznego końca nerwu wzrokowego brał początek sznurek, mniéj 1 mm. grubości mający, który ku przodowi przechodził w masę mającą przeszło 3 mm. grubości, która łączyła się ze ścianami gałki w okolicy rąbka zębatego (*ora serrata*) siatkówki. Sam sznurek i masa owa była to oczywiście zupełnie lejkowato oderwana i w fałdy ułożona siatkówka; nie wypełniała ona jednostajnie pozasoczewkowego pasa gałki, lecz widocznie była ściągniętą ku skroniowej połowie, obok brzegu obrączki rzęskowéj zawierała tu dość znaczną ilość barwika, przeciwnie w nosowéj części, już na znacznej odległości od brzegu obrączki rzęskowéj masa przechodziła w cienkie pasemko, które łączyło się z obrączką również w miejscu odpowiedniem rąbkowi zębatemu siatkówki. Pomiędzy oderwaną siatkówką a naczyniówką znajdował się wysiąk, który w płynie Müllera przyjął postać twardéj galaretowatéj masy, ta zaś zawierała bardzo nieliczne komórki limfoidowe, a bliżéj powierzchni naczyniówki również nieliczne barwikowe przybłonkowe. Widzieliśmy, że przednia część traktu jagodówkowego, mianowicie nietylko tęczówka, lecz nawet część zmarszczona ciała rzęskowego nie przedstawiały żadnych zgoła zmian; to samo powiedzieć możemy o tylnej części traktu, czyli o właściwéj błonie naczyniówkowéj — zmian nie znalazłem w niej żadnych, ani zapalnych, ani téż zanikowych. Przybłonek, jak to zwykle bywa, pozostał w połączeniu z naczyniówką. Pewne, chociaż nieznaczne zmiany w błonie naczyniówkowéj znalazłem tylko w częściach bezpośrednio za rąbkiem zębatym siatkówki położonych i w obrębie wązkiego pasa, otaczającego tarczę nerwu wzrokowego. W ostatniem miejscu grubość naczyniówki o wiele była znaczniejszą, w istocie zaś jéj znajdowały się liczne komórki limfoidalne, w które obfitowały również najbardziéj wewnętrzne (a więc przeważnie przez naczyniówkę utworzone) warstwy błony sitowatéj.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z zakładu medycyny sądowéj w Uniw. Jagiell.

Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych.

Według wykładu wygłoszonego na VI. Zjeździe lekarzy i przyr.

Skreślił

Dr. Leon Wachholz,

asystent przy tymże zakładzie.

Do tych nielicznych zatruć, które przy stole sekcyjnym jesteśmy w stanie rozpoznać, należą po części zatrucia związkami sinu. Z licznych połączeń sinu ma wartość doniosłą w praktyce sądowéj sinek potasu; kwas bowiem pruski czysty, przedstawiający ciecz najwyżéj w ciepłocie 18° C., jest rzadko dostępnym, w stanie zaś rozcieńczonym odkąd nie jest objęty lekospisem również tak doniosłego znaczenia mieć nie może. Z przetworów zaś roślinnych, zawierających kwas pruski, znajdujemy w dzisiejszym lekospisie tylko: *aqua amygd. amararum* (0·1% *ac. hydrocyanati*), *aqua laurocerasi* (0·7%—0·1%); nadto znajduje się w handlu *oleum amygd. amar. crudum*, mocno trujące z powodu zawartości średnio 10% kwasu pruskiego. Przetwory te jednak dopiero w znacznych ilościach przyjęte sprowadziłyby zejście śmiertelne; wreszcie jako środków heroicznych bez przepisu lekarza apteki ich nie wydają.

Ze soli zaś kwasu pruskiego sinek potasu, znajdujący rozległe techniczne zastosowanie u fotografów, brązowników, pozłotników i t. d. jest tą modną trucizną, która z każdym dniem prawie dla ogółu staje się dostępniejszą. W Wiedniu w r. 1873 według zestawienia Innhausera i Nussera zdarzyło się 17 samobójczych otruć sinkiem potasu na liczbę ogólną 46 samobójstw. Według Hofmanna zdarzyło się w r. 1874 32 otruć tymże na 63 samobójstw, w r. 1875 zaś na 57 samobójstw 27 otruć sinkiem.[1] W Anglii, gdzie sinek potasu, rozcieńczony kwas pruski i olejek migdałów gorzkich wszędzie z łatwością nabywać można, zatrucia te oddawna są bardzo częstemi. U nas, gdzie przemysł mniéj rozwinięty, należą zatrucia sinkiem potasu do rzadkości.

Obraz, jaki zwłoki zatrute przedstawiają, zależy od wielkości dawki spożytéj i od okoliczności, czy zwłoki po upływie dłuższego dopiero czasu poddano sekcyi. Jeśli truciznę przyjęto w dawce natychmiastową śmierć sprowadzającéj, wówczas oględziny zwłok mogą dać wynik ujemny, a tylko badanie chemiczne treści żołądka, krwi lub moczu (i to nie zawsze) mogą przyczynę śmierci wyjaśnić.

Zmiany po zatruciu związkami sinu występujące, są: Zwłoki dłuższy czas przechowywane ulegają gniciu, a wówczas sinek potasu, jak wogóle wszystkie sinki łatwo już na powietrzu rozkładające się, wchodzi w połączenie z kwasem siarkowodowym i amoniakiem, przy gniciu powstającemi i w ten sposób powstają rodanki, trudniéj wykazać się dające.

Obraz sekcyjny wybitnego zatrucia sinkiem potasu przedstawia się jak następuje:

Po otwarciu czaszki odczuwa się woń wybitną, podobną do woni gorzkich migdałów. Woń tę można również wyczuć w innych jamach ciała, w żołądku i t. d.; tu jednak może ona być wonią gazów gnilnych pokrytą.[2]) Stężenie trupie zwykle wcześnie występujące długo się utrzymuje, bo gnicie bywa wolniejszem dzięki po części przeciwgnilnym własnościom związków sinu. Plamy trupie okazują barwę jasno-różową lub zwykłą. Krew jest płynną, gdyż śmierć zwykle nagle następuje. Zabarwienie jéj opisują różni autorowie różnie; jedni jako ciemne krwi żylnéj, inni jako jasnowiśniowe podobne do barwy krwi tlenkowęglowéj. Preyer stara się zmienność tego zabarwienia wytłomaczyć tem, czy śmierć nastała prędko, czy też poprzedzona była dłuższym okresem dusznicy (dyspnoë). W pierwszym bowiem razie zawiera krew więcéj tlenu, w ostatnim jest mocno żylną. Doświadczenia na zwierzętach robione zapatrywania tego nie stwierdzają. Według Hoppe-Seylera jasne zabarwienie krwi pochodzi od połączenia się kwasu pruskiego z hemoglobiną. Wreszcie tłomaczono to zabarwienie utrudnionem oddawaniem tkankom tlenu ze krwi.

Narządy wewnętrzne najczęściéj są przekrwione; płuca okazują wynaczynionki podopłucnowe, obrzęk ostry i poduszkowate rozdęcie pęcherzyków przybrzeżnych. Serce prawe zwykle jest wypełnione krwią płynną. Błona śluzowa żołądka okazuje zmiany zależne od tego, czy w danym przypadku nastąpiło zatrucie kwasem pruskim, a w takim razie znachodzą się tylko nastrzykania na szczytach fałdów i nieliczne wynaczynionki, czy też sinkiem potasu, a wówczas błona śluzowa z wejrzenia jest podobną do czerwonego aksamitu, okazuje liczne wynaczynionki, nawet nadżerki. Jeśli jednak truciznę przyjęto w roztworze kwaśnym, jak to naj-

[1]) Maschka: *Handbuch der gerichtl. Med.* B. II. — [2]) Ibidem.

częściéj w przypadkach samobójstw się zdarza, i jeśli trucizna dostała się na pełny żołądek, wówczas działanie żrące sinku potasu, jako silnéj zasady, może bardzo znacznie być upośledzonem, a wtedy i zmiany te charakterystyczne w błonie śluzowéj żołądka nie występują.

W tych tedy przypadkach, gdzie zmiany powyżéj opisane nie są wybitnie zaznaczone, zmuszeni jesteśmy uciekać się do prób chemicznych celem wykazania związków sinu.

Aby skontrolować czułość prób do dzisiaj znanych, a szczególniéj przekonać się o wartości i czułości próby prof. Koberta z Dorpatu [1]), przedsięwziąłem następujące doświadczenia:

Dwom królikom, których ciężar ciała wynosił 98 dgr., podałem z rozczynu sinku potasu 0·10%, dawkę 0·005 sinku zawierającą, na pełny żołądek. Jeden z nich otrzymał sinek w rozczynie alkalicznym, drugi w rozczynie zakwaszonym kwasem solnym. U obydwu wystąpiły wkrótce wszystkie objawy zatrucia, jak duszność, drgawki, dobrowolne oddawanie kału, chwilowe ubezwładnienie. Po krótkim jednak czasie objawy te ustąpiły. Wówczas dawkę ponawiałem dopóty, aż 0·05 sinku potasu śmierć śród porażenia nagłego sprowadziły. Na jeden dekagram ciała wypadało zatem 0·0005 sinku potasu. Czas doświadczenia wynosił niespełna godzinę. Sekcyja królików tych wykazała: nastrzykanie błony śluzowéj tchawicy; obrzęk ostry płuc, wynaczynionki podopłucnowe, krew płynną, ciemną, serce w prawéj tylko komórce nieco krwi płynnéj zawierające. Żołądek królika zatrutego czystym rozczynem sinku potasu okazywał zmydlenie błony śluzowéj, żywsze jéj nastrzykanie, żołądek zaś królika kwaśnym rozczynem zatrutego przedstawiał tylko nieznaczne nastrzykanie.

Innemu królikowi podałem 0·50 sinku potasu, padł on w kilka sekund po podaniu. Żołądek jego wraz z treścią zachowałem aż do dnia drugiego, w którym to czasie zbadałem jego stan. Błona śluzowa była zmydloną, czerwoną, jednak nie tak charakterystycznie, jak to się zwykle przy zatruciach tych zdarza. Płuca okazywały znacznie mniejszy stopień obrzęku niż u poprzednich; wynaczynionki podopłucnowe były dość liczne, a nawet i pod osierdziem je znalazłem. Krew u wszystkich królików była ciemno zabarwioną. Treść żołądkową królika ostatniego po zakwaszeniu kwasem winowym przedestylowałem przy łagodnéj ciepłocie. W ciągu destylacyi poczułem wybitną woń kwasu pruskiego. Destylat ten poddałem próbom chemicznym: po zobojętnieniu go ługiem sodowym i dodaniu kilku kropli siarkanu żelazawego i kwasu solnego powstawało błękitne zabarwienie, a po odstaniu strąt niebieski. Próba rodanowa wypadła również dodatnio, choć jest uciążliwszą od pierwszéj w wykonaniu. Próbę Preyera wykonałem w dwojaki sposób: świeżo sporządzony nastój wyskokowy żywicy gwajakowéj, po dodaniu kilku kropel słabego rozczynu siarkanu miedziowego, przyjmował jasno-błękitną barwę, która po dodaniu destylatu w szafirową barwę się zmieniła.[2]) Na bibule (sposób Schönbeina) odczyn ten sam występował. Również stwierdziłem, że dym tytoniowy a w większym jeszcze stopniu amoniak tenże sam wynik dają co i związki sinu w obec odczynnika Preyera.

Krew poddałem próbie Schönbeina [3]) z dwutlenkiem dwuwodu; krew królika zabitego dawką 0·50 sinku potasu dawała wynik ujemny, gdy krew królików dawkami 0·0005 zabitych, z dwutlenkiem dwuwodu zbielała bez poprzedniego burzenia i uwalniania tlenu. (Dok. nast.)

[1]) Prof. Kobert: *Ueber Cyanmethaemoglobin* 1891. — [2]) Preyer. *Die Blausäure. Archiv. für exper. Pharm. und Phys.* B. III. — [3]) Schönbein. *Journal f. praktische Chemie.* 1869, Kobert. *Ueber Cyanmethb.*

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1889. Lwów 1891 (4-ka str. 50 i LIX).

Zdanie sprawy niniejsze składa się z dwóch części: w pierwszéj znajdujemy przedstawienie chorobliwości, śmiertelności, urządzeń szpitalnych, dobroczynnych, personalu lekarskiego i aptek a rzecz cała kończy się wnioskami zmierzającemi do poprawy zdrowia publicznego. Część tę opracował Dr. Cassina. W drugiéj części mieszczą się same tablice statystyczne z datami dotyczącemi chorobliwości, śmiertelności, porodów, obłąkanych, matołków, szpitali, służby zdrowia i t. d. Zestawienia żmudnego tych cyfr dokonał Dr. Mieczysław Kramarzyński.

O ile zdanie sprawy samo robi wrażenie korzystne przez sumienne zestawienie mozolnie zebranych liczb i trafność wywiedzionych z nich wniosków, o tyle znów doznaje się wstydu i upokorzenia widząc taki obraz nędzy, ciemnoty i idącéj w trop za nią nieradności. Dosyć powiedzieć, że gdy w Anglii mądremi rozporządzeniami i urządzeniami sanitarnemi sprowadzono śmiertelność do 18 na rok i tysiąc, wynosiła ogólna śmiertelność w Galicyi w roku 1889 32·3 w tym samym stosunku!

Odsyłając czytelnika po szczegóły do samego zdania sprawy przytoczymy tu tylko kilka dat ciekawszych. I tak śmiertelność była większą w Galicyi wschodniéj niż zachodniéj. Między Lwowem a Krakowem były w wielu względach znaczne różnice: w Krakowie umarło z chorób zakaźnych 6·7, we Lwowie 9·8% ogółu zmarłych. W Krakowie zmarło z braku sił żywotnych 64, z ospy 1, z tyfusu (jakiego? niewiadomo; zdaje się tylko, że porachowano tu razem tyfus brzuszny i osutkowy) 40, czerwonki 11, suchot płucnych 503 osób, gdy dla Lwowa liczby te wyniosły po kolei: 119, 59, 47, 93, 719. *D.*

Patologija.

Dr. J. Kaszkarow: Automatyczne ruchy głowy po dekapitacyi.

Prof. Bechtierow: O pobudliwości rozmaitych części mózgu u nowonarodzonych zwierząt.

Już Soltmann (1875) i Preyer spostrzegali oddechowe ruchy ust i nosa u nowonarodzonych królików, szczeniąt i morskich świnek, w ślad za odcięciem głowy, a Laborde i Brown-Séquard spostrzegali to i u starszych zwierząt, chociaż w daleko niższym stopniu, co niektórzy tem tłumaczyli, że tkanki młodych zwierząt mniéj pochłaniają i zużytkowują tlenu (Foster). Dr. K. spostrzeżenia swe robił głównie na królikach, po części na kociętach. Automatyczne ruchy w odciętéj głowie spostrzegał tylko u nowonarodzonych lub młodych zwierząt, u starszych zaś wcale nie spostrzegał. Ruchy te (otwieranie i zamykanie pyska, ruchy ssące i t. d.) powstają rytmicznie i im daléj od głowy szyja jest przeciętą, n. p. w dolnéj trzeciéj, tem ruchy te są pełniejsze, częstsze i dłuższe; jeśli się zaś odetnie głowę przy kości potylicowéj, to widzimy tylko otwieranie i zamykanie pyska, które dość prędko ustaje. U nowonarodzonych autom. ruchy są z początku dość częste (co ½ min.), późniéj zjawiają się rzadziéj (co 1 min.), nakoniec tracą rytmiczny charakter, trwając jednakże przez całe 22 minuty; odruchowe ruchy tułowia i kończyn trwają tylko 2 min. U 7-dniowych królików ruchów ssących już nie ma, u 3—4 tygodniowych otwieranie i zamykanie pyska powtarza się nie dłużéj niż 2½ min., u starszych zaś niż 2 mies. królików po dekapitacyi widziano tylko ruchy nozdrzy (oddechowe) i wargi górnéj w ciągu zaledwo kilku sekund. U starych królików

otwieranie pyska jest bardzo rzadkie, poczem pysk już się nie zamyka, a w dolnéj szczęce widzialne są kloniczne skurcze.

Można było z początku przypuszczać, że przyczyną autom. ruchów u nowonarodzonych, których nie spostrzegamy u starych zwierząt, jest różnica ich temperatury, nowonarodzone więcéj są zbliżone do zimnokrwistych lub raczéj do będących w uśpieniu zimowem. Autor przekonał się, że u nowonarodzonych królików ciepłota w pysku bywa od 33·8 do 35° C. przy c. pokojowéj + 15 R., u starych zaś c. dochodzi do 38·6. Starano się sztucznie obniżyć c. u tych ostatnich. Z początku Dr. K. za przykładem Kl. B e r n a r d a (przecina się część szyi tylną względnie kręgi z mózgiem, i zwierzę zostawia w zimnem miejscu kilka godzin) ochładzał stare króliki i doprowadzał je do tego, że w odbytnicy c. wynosiła + 17° R.; chociaż mięśniom i nerwom sztucznie dawała się własność zimnokrwistych, względnie więcéj one miały wytrzymałości, lecz po dekapitacyi nie widziano nawet ruchów nosowych, oddechowych.

Użyto przeto innego sposobu w celu zbliżenia ciepłoty starych kotów do nowonarodzonych, tj. otwierania otrzewnéj, przyczem już po godzinie ciepł. spada o 2—3°, a po 2—3 godzinach nawet niżéj 4°. Do tego dołączano golenie sierści, poczem ciepł. obniża się na 3°. Obniżywszy tym sposobem ciepł. do 34°, i to bez narkozy, robiono dekapitacyję: ani ruchów pyska (właściwie warg), ani też nosowych nie widziano wcale. Doświadczenia takie, w liczbie 10, robiono na 4 mies. do 2 lata mających królikach.

Następnie Dr. K. robił te doświadczenia z wycinaniem i podrażnieniem prądem elektrycznym półkul i innych części mózgu u kociąt.

Rezultaty wszystkich tych doświadczeń są następujące:

1) Ruchy, obserwowane w odciętych głowach, bywają następujące: otwieranie i zamykanie pyska, ruchy językowe, ruchy warg ssące, ruchy szyi i wargi górnéj.

2) Widzimy je tylko u nowonarodzonych.

3) Przez podniesienie u starych (stopniowem ochładzaniem ciała) wytrzymałości układu nerw. ruchy te nie stają się ani dłuższemi, ani też więcej urozmaiconemi.

4) Usunięcie z czaszki wszystkich części mózgu, prócz *med. oblongatae*, nie niszczy autom. ruchów głowy, po jéj odcięciu.

5) Podrażnienie *med. oblongatae* prądem elektrycznym na odciętéj głowie sprowadza też same zjawiska, jakie widzimy u nowonarodzonych przy odcięciu głowy.

6) Po wycięciu półkul mózgowych w odciętej głowie autom. ruchy stają się częstszemi i obszerniejszemi.

7) Ruchy te zależne są od podrażnienia *med. oblongatae* wskutek niedostatecznego jéj odżywienia (*asphyxia med. oblongatae*), mają więc c h a r a k t e r a s f i k t y c z n y.

8) Ssące ruchy noworodków mają swój ośrodek w *med. oblongata*. („*Russkaja Medicina*" Nr. 27.)

P r z y p i s e k. Byłem obecnym przy wielu z tych ciekawych doświadczeń, autom. ruchów powiek i gałek nowonarodzonych nie mogłem widzieć po dekapitacyi, głównie wskutek tego, iż króliki, psy i kocięta rodzą się ślepemi, t. j. ze zrośniętemi powiekami. Przy sztucznem jednak ochładzaniu starych królików (notabene u usypianych chloralem) za pomocą otwierania jamy brzusznéj, do któréj kładziono kawałki lodu, skoro ciepłota obniżała się do 2—4°, obserwowałem po dekapitacyi wyraźnie rytmiczne ruchy powiek i gałek ocznych: powieki otwierały i zamykały się, gałki wahadłowo ruszały się z góry ku dołowi i nieco ku wewnątrz, poczem wykonywały rotacyjne ruchy i znowu wahadłowe i t. d.; jednocześnie objawiały się skurcze w mięśniach twarzy, kończynach i innych częściach ciała.

Prof. B e c h t i e r o w (*Wracz* Nr. 15, 1889) u ślepo-rodzących się, jednocześnie głuchych zwierząt znajdował mózg nierozwiniętym w większym lub mniejszym stopniu: włókna nerwowe nie obłożone są jeszcze myeliną, przeważnie w półkulach mózgowych, gdy przeciwnie u zwierząt rodzących się dobrze rozwiniętemi, istota biała mózgowa wszędzie posiada gotowe już myelinowe włókna. Nowonarodzone dzieci mieści on pomiędzy ślepo-rodzącemi się zwierzętami i rodzącemi się już z otwartemi oczami (zbliżone one są do 10—12 dniowych szczeniąt i 5—7-dniowych królicząt). Dopiero z chwilą pojawienia się myelinowéj osłonki w włóknach nerw. téj lub owéj części mózgu objawia się elektryczna pobudliwość odpowiedniéj sfery mózgowéj. *Dr. J. Talko.*

Kwestyja błonicy na kongresie hygijenicznym w Londynie.

Dyskusyję nad rozszerzaniem się błonicy, która toczyła się w sekcyi dla medycyny zapobiegawczéj, rozpoczął Dr. S e a t o n od wykładu: „O b ł o n i c y z e s z c z e g ó l n e m u w z g l ę d n i e n i e m j é j r o z s z e r z a n i a s i ę i z a p o b i e g a n i a j é j". W wykładzie tym zwrócił mowca przedewszystkiem uwagę, że żaden klimat nie chroni od téj choroby, jakkolwiek jest ona rzadszą w gorącéj strefie niż w umiarkowanéj. Rozszerzanie się dyfteryi nie stosuje się do tych prawideł, jakie w innych chorobach zakaźnych zauważamy; w przeciwieństwie do innych chorób jest błonica na wsi częstszą niż w mieście (w Anglii). Nadto zauważono w Anglii, że w ostatnich 15 latach śmiertelność z powodu błonicy wzrosła synchronicznie z zakładaniem urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych (!). Z drugiéj strony Seaton spostrzegał w swoich przypadkach, że urządzenia hygijeniczne nie wywierają wcale wpływu na rozszerzanie się błonicy tak, że środki sanitarne wstrzymujące bieg innych chorób zakaźnych i obniżające ich śmiertelność, epidemii błonicy wcale nie wstrzymują i złośliwości jéj nie łagodzą. Proponuje w końcu badanie zbiorowe etyjologii błonicy w różnych państwach, które zajmowałoby się znanemi czynnikami etyjologicznemi: rozszerzaniem choroby za pośrednictwem mleka, w szkołach, wpływem wilgoci, brudu, przeludnienia, a nadto szczególnie zwracałoby się ku poznaniu miejscowych stosunków, które sprawiają, że błonica epidemicznie występuje.

Dr. S c h r e v e n s z Tournai wskazywał na to w wykładzie swoim, że rezultatem spostrzeżeń poczynionych w Belgii nad rozszerzaniem się dyfteryi jest fakt, że gdzie dur najczęściéj występuje, tam i dyfteryja jest częstą; podobnie w pewnych okolicach obie choroby są znowu rzadkością. Ta wspólność musi polegać na tem, że obie choroby są „kałowemi" *(faecal)* i że ich patogenetyczne drobnoustroje najlepiéj rozwijają się w brudzie i nieczystościach. Pewna różnica jednak zaznaczyć się daje, a mianowicie zanieczyszczenie powierzchownych warstw ziemi sprzyja rozwojowi prątków Löfflera, podczas gdy prątki Ebertha rozwijają się energicznie w obec zanieczyszczenia głębszych warstw. Jako dowód, że zanieczyszczenie górnych warstw ziemi przyczynia się do rozszerzenia błonicy, przytacza S. większą śmiertelność z powodu błonicy po wsiach niż w miastach; i jakkolwiek gęste zaludnienie powiększa wzrost błonicy, to mniejszą śmiertelność w miastach zawdzięczyć należy większéj czystości ziemi (w Belgii! — u nas inaczéj *Przyp. ref.*)

Dalszą okolicznością przyczyniającą się do rozszerzania się błonicy, jest hodowanie pewnych zwierząt, które bardzo są skłonne do zakażenia się jadem błonicowym, jak drobiu i t. p. Przenoszenie się dyfteryi z takich zwierząt na człowieka spostrzegał autor bardzo często.

Trzecią przyczyną rozszerzania się dyfteryi jest zaniedbanie środków desinfekcyjnych i odosabniających. Na uwagę zasługuje, że S. nie przypisuje położeniu geograficznemu, a zwłaszcza wzniesieniu nad poziom morza, żadnego wpływu na pojawianie się błonicy.

Dr. A d a m s (Maidstone) mówił: „O s t o s u n k u m i ę d z y p o j a w i a n i e m s i ę b ł o n i c y a z m i a n a m i w s t a n i e w o d y g r u n t o w é j". Przy pomocy starannego spostrzegania wysokości wody gruntowéj, i innych zjawisk meteorologicznych, jakoteż częstości dyfteryi przez przeciąg 6½ roku, doszedł A. do wniosku, że pomiędzy błonicą a stanem wody gruntowéj zachodzi ścisły związek. Według zapatrywań mowcy jad błonicowy znajduje się w zanieczyszczonych górnych warstwach ziemi, i w pewnych warunkach wywołanych wilgocią, ciepłotą odpowiednią itd., rozwija się i mnoży, aż dostaje się do powietrza i staje się przyczyną wybuchu epidemii. Czynnikami ułatwiającemi wydostanie się

drobnoustrojów z ziemi do powietrza są gwałtowne deszcze, podnoszenie się wody gruntowéj, obniżenie się ciśnienia atmosferycznego itd.

Dr. Hevitt (Minnesota w półn. Ameryce) doszedł na podstawie 18-letniego doświadczenia, jako przełożony 1575 okręgów sanitarnych, do następujących wniosków: Dyfteryja jest jedną z najbardziéj zaraźliwych chorób i przenosi się najczęściéj za pośrednictwem odzieży. Jad dyfterytyczny rozwija się poza ustrojem i w niższéj ciepłocie niż ciepłota ustroju; przylega bardzo ściśle do odzieży, pościeli, sprzętów i części mieszkań i tamże długi czas zachowuje swą żywotność. Ze środków ochronnych, jakie na razie posiadamy, najlepszem jest odosobnienie i równoczesna desinfekcyja.

Dr. Paget mówił o różnéj skłonności do zakażenia się jadem błonicowym u krajowców i u przybyłych, twierdząc, że pierwsi łatwiéj podlegają zakażeniu dyfterytycznemu.

W dalszéj nader ożywionéj dyskusyi, w któréj między innymi brali udział proff. Espine, Escherich, Günther, wielka część mowców zaprzeczała urządzeniom kanalizacyjnym wpływu na podwyższenie się śmiertelności z powodu błonicy. Wszyscy zresztą zgodzili się na to, że najlepszym środkiem zapobiegającym rozszerzaniu się epidemii błonicy jest ściste przeprowadzenie racyjonalnéj desinfekcyi miejscowéj.

W końcu uchwalono rezolucyję, „że kongres wzywa rządy europejskie, aby podjęły dokładnych, systematycznych badań nad przyczyną błonicy“. (*Wien. med. Blätter* 1891, Nr. 38.)

Dr. A. Beck.

Medycyna sądowa.

Prof. Kobert: **O wykryciu zakisów i jadów we krwi.**

Wykrycie trucizn i zakisów we krwi tak w fizyjologicznych celach, jak sądowo-chemicznych jest trudnem z powodu łatwości rozkładu krwi mianowicie ciałek czerwonych, czy to przez gnicie czy przez nieostrożne postępowanie przy badaniu. W ostatnich czasach dowiedziano się, że w pewnych stanach chorobowych tworzą się we krwi trucizny (pominąwszy ptomainy), które należą do grupy istot białkowatych. Celem uzyskania tych trucizn z krwi trzeba użyć takiego odczynnika, któryby jedynie białko z Hb związane w postaci strątu osadził, trucizny zaś powyższe w rozczynie utrzymał. Jako taki odczynnik podaje K. chemicznie czysty proszek cynku. Postępowanie przy tem jest następujące:

Ze krwi świeżéj można strącić Hb z białkiem swem, jeśli przed dodaniem proszku cynkowego poprzednio rozczyn dokładnie się zobojętni. W krwi staréj, gnijącéj, obfitującéj w NH_3, o oddziaływaniu alkalicznem, należy zasadowość kwasami zobojętnić. Krew nie może zawierać methb. a jeśli zawiera, należy krew taką bez rozcieńczania lub wstrząsania zostawić jakiś czas w spokoju, aż methb. zginie. Krew należy rozcieńczać przynajmniéj pięciokrotną ilością wody. Ilość cynku musi wynosić przynajmniéj połowę ciężaru co do wagi badanéj ilości krwi przed jéj rozcieńczeniem. Całą mięszaninę krwi, wody i cynku należy energicznie we flaszce wstrząsać, aż do utworzenia się jednolitéj piany. Cynk musi być chemicznie czystym a więc wolnym od arsenu, fosforu i żelaza. W ten sposób postępując otrzymujemy strąt w postaci brunatnego ciasta, który zawiera tylko Hb. i jego białko. W rozczynie zostają wszystkie glykosydy, alkaloidy, toksalbuminy, zakisy, amidy itd.

Chcąc odsącz zbadać doświadczalnie, strąca się w małéj próbie cynk zawarty kilku kroplami siarkanu sodu. — Drobnoustroje, jeśli były we krwi zawarte, pozostają w osadzie pierwotnym; aby jednak zupełnie odsącz wyjałowić, należy go przesączyć przez świeczki Chamberlanda. Jeśli pierwsza próba po strąceniu cynku, zastrzyknięta zwierzęciu do krwi, wywołała objawy zatrucia, wtedy strąca się w drugiéj próbie pierwotnego odsączu kroplę żelasinku potasu i kwasu octowego, wszelkie istoty białkowate i cynk, jeśli odsącz obecny do krwi zwierzęciu wstrzyknięty nie wywołuje żadnych objawów, to widocznem jest, iż odsącz pierwotny zawiera istotę trującą białkowatą. Jeśli jednak próba pozbawiona wszelkich białek wywołuje objawy zatrucia, wtedy należy odsącz téj drugiéj próby badać metodą Dragendorffa, strąt pierwotny Hb i jéj białko zawierający może jeszcze zawierać resztki związków organicznych i kwasu pruskiego, które można uzyskać ostrożnem przemywaniem strątu alkoholem.

Krew badana nie powinna zawierać methb., gdyż ta pod wpływem cynku zmienia swą barwę oliwkową na czerwoną, jako barwę alkalicznéj methb., która z trudnością na Hb się odtlenia. Ztąd też próba cynkowa jest i próbą istnienie methb. wykazującą.

Badanie za pomocą cynku jest możliwem tak w ludzkiéj jak zwierzęcéj krwi, a wyniki K. są znakomite i zachęcające. (*Wr. med. Blätter* 1891, Nr. 41.) *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

Dr. Perron opisuje (*Wr. med. Presse* 1891, Nr. 15) przypadek drgawek porodowych, w którym ani chloral i upust krwi, ani chloroform nie odniósł skutku. Napady stawały się częstszemi, wystąpiła duszność, sinica, oddechy nieregularne. Wobec tego rozpaczliwego stanu wstrzyknął P. choréj całą strzykawkę eteru, a gdy oddech zaraz stał się lepszym, po kwadransie drugą, a po 2 godzinach trzecią. Już po II-éj strzykawce drgawki ustąpiły, a po trzeciéj chora wyzdrowiała. Dodać należy, że mocz nie zawierał białka. *Dr. Ebersohn.*

IV. Przyczynki do epidemijologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Epidemiję w Aleppo i okolicy należy uważać za odnowioną zarazę z roku przeszłego Wiadomo, że cholera w r. 1889 rozpoczęła najprzód grasować w okolicach dolnego Eufratu, w pobliżu zatoki perskiéj. Przetrzebiwszy ludność Mezopotamii a częściowo i Persyi, osłabła na czas zimy w r. 1890. W czerwcu jednak tegoż roku wybuchła ponownie w okolicach Mussulu, Wanu, Bitlisu, Diarbekiru i Aleppa, gdzie w charakterze łagodniejszym przetrwała przez zimę z 1890—91 r., aby znowu i w tych samych okolicach wybuchnąć w czerwcu b. r., już po raz trzeci w ciągu bardzo krótkiego stosunkowo okresu czasu.

Pochodzenie zaś cholery w prowincyi Hedżaz nie jest tak jasnem. Jest więcéj niż nieprawdopodobnem, żeby przerzucenie się jéj mogło nastąpić drogą lądową, lub jak przypuszczano, za pośrednictwem karawan. Nie można jéj także wyprowadzić z Syryi, ponieważ orszak pielgrzymów udających się do Mekki, opuścił Damaszek na półtora prawie miesiąca przed zauważaniem pierwszych przypadków cholery w Herym. Oparci więc na doświadczeniu, możemy uważać drogę morską za jedyną i zwykły szlak, którym cholera z Indyj dostaje się do prowincyj arabskich nad morzem czerwonem.

Przed laty wprawdzie cholera dostawała się do Europy drogą lądową. O tem zaświadczają epidemije jéj z roku 1831 i następnych. Odtąd jednak plaga indyjska przenosi się za pośrednictwem parostatków, przybywających szybko do zatoki perskiéj i arabskiéj, przywożących z sobą z podróżnymi, a przedewszystkiem z pielgrzymami, jużto zarazki choroby, jużto samą cholerę. W okresie dziesięcioletnim, poczynając od roku 1881, cholera cztery razy szerzyła swe zniszczenie na półwyspie arabskim i każdą razą była tam wniesioną przez parostatki angielskie, przybywające najczęściéj z Bombaju. Jedynie tylko w roku 1883 dostała się tam z Egiptu, gdzie już grasowała z wielką zjadliwością. Faktem zaś godnym zanotowania jest ta okoliczność, że każdorazowy jéj wybuch następował zawsze w czasie zebrania pielgrzymów w Dżedda i Mekce. Podobny zbieg w powstawaniu zarazy niepodobna nazwać przypadkowym. Tem więcéj, że on sam przez się wystarcza już do wykazania, że źródłem epidemij cholerycznych w prowincyjach świętych miejsc Islamu, są wyłącznie Indyje, i że w ciągu ostatnich

dziesięciu lat zarazę przeniesiono z prowincyj rejencyi bengalskiéj i przystani miasta Bombaju, z których to okolic już po raz czwarty cholerę za pośrednictwem parostatków angielskich zawleczono najprzód do Adenu, a ztąd do Kameranu i na wschodnie wybrzeża półwyspu arabskiego. Toż samo dotyczy cholery w Bassorze i Bagdadzie, która znowu dostała się do tych okolic przez zatokę perską. Jednem słowem epidemija cholery, która w ciągu dwóch lat pochłonęła przeszło 28 tysięcy ofiar w Syryi i Mezopotamii, prawie 17 w Persyi, a która obecnie zagraża Syryi południowéj, Anatolii i wybrzeżom morza Śródziemnego, dostawała się do posiadłości tureckich od strony zatoki perskiéj. Pięć zaś wybuchów zarazy w prowincyi Dżeddy i Mekki, w okresie czasu dziesięcioletnim, która zniszczyła do 60 tysięcy pielgrzymów, przybywających tam na obchód uroczystości mahometańskich, przerzuciła się tam li tylko za pośrednictwem parostatków angielskich, wynajmowanych zwykle do przewozu pielgrzymów z Indyj do przystani morza Czerwonego. Samo wreszcie uwzględnienie geograficznego położenia zatok arabskiéj i perskiéj także za tem przemawia. Są to bowiem przedłużenia tylko oceanu indyjskiego, dwa ramiona wciskające się w posiadłości otomańskie ku Mezopotamii i morzu Śródziemnemu. Są to również dwie olbrzymie bramy zawsze otwarte, dzięki traktatom ułatwiającym komunikacyję handlową i służące do przewożenia towarów, podróżnych i wreszcie mahometańskich pątników. Od téj też strony zagraża nam zawsze największe niebezpieczeństwo. Znieść więc, a przynajmniéj złagodzić to zródło stałéj obawy; zastosować środki ostrożności daleko energiczniejsze, aniżeli to dotąd można było przeprowadzić, ustalić tam wszystko, co wykazują postępy hygijeny profilaktycznéj, oto prawdziwe humanitarne zadanie, spoczywające na barkach tych, którym dostało się w udziale czuwać nad zwalczaniem wpływów szkodliwie oddziaływających na ogólny stan zdrowotny.

Śledząc stale kierunek i rozwój teoryj dotyczących spraw epidemijologicznych, poświęcając nawet nieco własnego czasu badaniu drobnowidowemu wydzielin patologicznych, z całą możebną ścisłością obserwując działanie środków leczniczych i profilaktycznych w stanach chorobowych tak gwałtownych jak cholera lub dżuma, nie pomijałem uwzględnienia także i cech, jakie charakteryzowały tę lub ową z epidemij. Wyniki więc tych spostrzeżeń, jakkolwiek brak im jeszcze obszerniejszych i trwalszych podstaw, można sprowadzić do następujących faktów. Cholera na tureckim wschodzie od epoki najbardziéj morderczéj jej epidemii w roku 1865 nigdy zupełnie nie wygasła. Z każdym też rokiem zwiększała się liczba ich ognisk, zasilanych już to utrzymującym-się a nie polepszonym stanem hygijenicznym miejscowości, już też pośrednicm przeniesieniem zarazy z krajów, gdzie choroba ta panuje nagminnie. Ukazywania się i rozwoju cholery nie można odnieść do pewnéj określonéj pory roku. I podczas, gdy w arabistańskim Iraku spotykamy ją już w końcu stycznia, w Kameranie i na wschodnich wybrzeżach morza Czerwonego w czerwcu i lipcu, to znowu wczesna jesień była zwykłą porą ukazywania się zarazy w Kurdystanie. Wyjątek jedynie stanowi Syryja. Tam bowiem pierwsze przypadki cholery spostrzegano zwykle w końcu wiosny. Trwała ona do pierwszych upałów, ustawała latem, a około połowy października na nowo rozpoczynała swą kośbę. Zdaje się, że wpływ warunków klimatycznych właściwych każdéj miejscowości, a prawdopodobnie i stopień ciepłoty powietrza oddziaływają widocznie na tę niestałość w rozwoju zarazy. Który jednak z klimatycznych bodźców jest tu najbardziéj czynnym? czy chemiczne zmiany zaszłe w składzie powietrza, jego prądy w rozmaitym stopniu ocieplenia i siły parcia, czy też więcej lub mniéj wysoki stopień wilgoci, tego niepodobna było oznaczyć, przy braku odpowiednich środków badania w naszych tu zawsze wyjątkowych warunkach. Jedno tylko zdaje się być przekonywającem, że jakość gleby i jéj ciepłota, a przedewszystkiem jakość zbiorników z istotami łatwo podlegającemi gnilnemu rozkładowi, w każdéj bezwarunkowo miejscowości przyspieszały rozwój i nasilenie się zarazy. Przekonywają o tem okolice takie jak Dżeddy, Antyjochii, Mossulu, Wanu i południowych wybrzeży Eufratu. Tam bowiem pod cienką warstwą ziemi urodzajnéj znajdujemy zaraz grube pokłady gliny, powstrzymującéj głębsze przesiąkanie płynów pochłanianych przez warstwę górną, posiadającą możność ich wessania i długiego przechowywania. Upały sprzyjają ich rozkładowi; strumienie deszczowe przenoszą je do zbiorników wody do picia. Lub też w miastach posiadających kanały doprowadzające wodę do każdego prawie domu, kanały, a właściwie rowki, choć wycembrowane marmurem, nigdy jednak nie przykryte, także bywają przez nie zanieczyszczane. Niedogodności téj nie uwzględniają mieszkańcy. Nikt ich nie zdoła przekonać, że woda płynąca może zawierać w sobie pierwiastki chorobotwórcze zakaźne, że jest zdolną oddziaływać szkodliwie nie tylko na zdrowie jednostek, ale nawet na ogół mieszkańców w danéj okolicy.

Źródło szerzenia się cholery i sposób jéj rozwlekania się na mniéj lub więcéj odległe przestrzenie, przypisywano jeszcze przed ćwierć wiekiem wytwarzaniu się pierwiastków zaduchowych i przenoszeniu się ich drogą prądów powietrza lub też wykłuwania się zaduchów w miejscach dostępnych dla ich rozwoju. Z chwilą odkrycia „żyjątka przecinkowego“ Kocha, zaduchy zastąpiono zarazkiem wykrytym przez uczonego badacza w wydzielinach cholerycznych, którego obecność cechuje ciężki ten stan chorobowy. Jednakże czy pozostaniemy przy dawnéj teoryi zaduchów, czy też przypiszemy powstawanie cholery dostaniu się do ustroju chorobotwórczego zarazka, wywołującego tam patologiczne zmiany, to przyroda saméj choroby i jéj przebieg w czterech przynajmniéj znanych mi epidemijach nie uległa istotnym zmianom. Widzimy też, że tak w dawniejszych jak i w obecnych epidemijach raz przyswojony pierwiastek choleryczny działał z nieporównanie wielką energiją i bezwarunkowo na cały ogół mieszkańców w danéj miejscowości. Zdarzało się bardzo rzadko spotkać choćby jedną osobę, którąby przebywając w miejscu panowania cholery, nie odczuła choćby najlżejszych jéj objawów. Ztąd przestrach, upadek na duchu, uciekanie się do przyjmowania najmniéj wskazanych leków, czego rezultatem pomijanie lub niechęć zastosowania się do racyjonalnych wskazań, tam przynajmniéj, gdzie je mieć było można, a w końcu i co najfatalniejsze, to tem błędnem postępowaniem podtrzymywanie niejako energii szerzącéj się epidemii.

Odnośnie do wieku i płci zapadających na cholerę na tureckim wschodzie powtórzę tu tylko to, co już zanotowałem poprzednio i we wszystkich punktach panowania zarazy, a mianowicie, że: wiek i płeć nie wywierają żadnego wpływu na stopień nasilenia się choroby. Jeżeli pośród nas osoby dorosłe, mężczyźni przedewszystkiem, częściéj od kobiet i dzieci podpadają zarazie, to można to wytłomaczyć nadużywaniem napojów wyskokowych i nadmiernem żywieniem się, podczas gdy na wschodzie alkoholizm jest rzadki, żywienie się nędzne, a ztąd i cholera nie okazuje żadnego wydatniejszego wpływu na tę lub ową płeć, na wiek ten lub inny. Tutaj jednak dzieci ssące stanowią wyjątek, nieprzedstawiając właściwych objawów cholery, — jakkolwiek w czasie epidemij zanotowano i pośród nich większą śmiertelność.

W każdéj z czterech epidemij cholery, czy szerzyła się ona w miejscowościach położonych nad wybrzeżami morza, czy też w okolicach bardziéj od nich oddalonych, czy w miastach lub wioskach, pośród ludności osiadłéj, czy też jak w Mezopotamii koczującéj nad wybrzeżami Tygru i Chaburu, między Arabami i Kurdami, wszędzie i każdą razą śmiertelność była bardzo znaczną. W stosunku do liczby mieszkańców w miejscowościach zakażonych, daje się ona oznaczyć cyfrą 61·7 na sto. Tak wysoką odsetkę śmiertelności wytłumaczyć możemy uwzględnieniem tak najgorszych warunków higijenicznych w danych okolicach, jak również i usposobieniem osobistem, cechującem się nieprzezwyciężonym wstrętem do możebnie stosownego leczenia się.

Teoryja zaduchowo zarazkowa, otwierając obszerniejsze i obfitsze w rezultaty pole badań, pozwoliła zapewnić się,

że w naszych warunkach cholera przedstawiała zawsze dwa typowe okresy: nasilenia i oddziaływania, w których groźne przypadki choroby (właściwa cholera) dominowały zawsze nad liczbą przypadków lżejszych (choleryna), zmuszając chorych bezwzględnie do pozostawania w łóżku. Trudność wielką miano zawsze w wyśledzeniu pierwszych przypadków zarazy, nie tylko już pośród pokoleń koczujących, umiejących się ukryć nawet przed domorosłym znachorem, ale nawet w miastach, posiadających lekarzy i tu i ówdzie urzędy zdrowia. Następstwem tego usuwania się z pod kompetentnéj opieki było to, że osoby raz dotknięte pierwiastkiem cholerycznym pomimo odporności, w jaką są uzbrojone sposobem życia, prawie zawsze stawały się ofiarą zarazy.

Jednocześnie z rozwojem i przebiegiem cholery, obserwowano w pewnych miejscowościach a mianowicie w lazaretach i posterunkach sanitarnych, wystąpienie takich stanów patologicznych jak czerwonka, ospa, dur brzuszny, włóknikowe zapalenie płuc, zapalenie żołądka i jelit, a niemniéj też gruźlicę w rozmaitych jéj postaciach i umiejscowieniach. W okolicach zaś gdzie czerwonka panuje nagminnie, tam miała ona zawsze cechę przyczyny usposabiającéj do ulegnięcia cholerze. Zauważono także, że dur, jako stan chorobowy odnawiający się tylko w pewnych okresach czasu, swem wystąpieniem zaprzeczał zdaniu, jakoby w czasie szerzenia się choroby w danej miejscowości chorobę tę rzadko spostrzegano. Owszem w epidemijach cholery na Wschodzie uważano go dość często, — choć pospieszam dodać, że nie w każdéj z dotkniętych zarazą okolicach. Najgroźniejszemi okazały się dwa te stany w Carogrodzie i Arabii.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

†

Dr. ADRYJAN BARANIECKI.

„I znowu się łono piaskowe otwarło!“ — temi słowami zrozpaczonego „Ojca zadżumionych“ rozpoczynamy dzisiejszą kronikę żałobną. Jeszcze trawą nie porosły te trzy mogiły, któreśmy przed paru tygodniami usypali trzem kolegom, jeszcze powieki nie oschły po zgonie uczonego téj miary, jakim był ś. p. Kopernicki, a już nowa wieść Hijobowa o śmierci Adryjana Baranieckiego zadała cios bolesny sercom, a wielką troskę myślom naszym. Szeroki zakres działania tego wielkiéj cnoty i niepospolitego umysłu obywatela czyni śmierć jego nie powetowaną stratę społeczną. Pragnąc ażeby pamięć człowieka tyle zasłużonego i z poza grobu świeciła przykładem pięknego, ofiarnego i mądrego żywota, podajemy kilka dat z jego wszechstronnéj, a tak płodnéj działalności.

Ród Baranieckich pochodził z południowéj Galicyi, ojciec ś. p. Adryjana. Tomasz, przeniósł się koło roku 1825 na Podole rosyjskie i jako biegły lekarz używał wielkiego wzięcia. Ś. p. Adryjan przyszedł na świat w Jarmolińcach 1828 roku, nauki pobierał w Kijowie, a doktoryzował się w Moskwie. W r. 1857 dla dalszego kształcenia się wyjechał do Paryża i wśród pracy naukowéj już wonczas dał wyraz swemu przedsiębiorczemu duchowi i w r. 1858 założył w Paryżu Towarzystwo lekarzy polskich, którego był duszą. Działalność ś. p. Adryjana zwróciła na niego uwagę i obcych: Towarzystwo lekarzy niemieckich w Paryżu wybrało go swym członkiem. Na ten okres życia ś. p. Baranieckiego przypada rozprawa: *„Notice sur le petit lait en général et en particulier sur les bains de petit lait en Bessarabie“*. — W r. 1859 powrócił do kraju, osiadł w Jarmolińcach i zasłynął na całe Podole jako światły, biegły i sumienny lekarz; obok czynności zawodowych wielki orędownik oświaty ludowéj, pełnił jednocześnie urząd obywatelski kuratora szkółek ludowych. W tymże roku (1859 doprowadził do skutku Towarzystwo lekarzy podolskich z siedzibą w Kamieńcu. Z rozpraw ogłoszonych drukiem na ten czas przypadają: *„Przyczynek do notatek o historyi Akuszeryi w Polsce Dra Zieleniewskiego* (1861), *O stowarzyszeniach lekarskich prowincyjonalnych* (1861), *Program topografii lekarskiéj, przyjęty przez Tow. lekarzy podolskich za osnowę swych badań topograficznych* (1861), *O Janie Smerze mniemanym lekarzu polskim* (1861), *Materyjały do topografii lekarskiéj* (1862).

Cichy ten, płodny, tyle dla kraju obiecujący żywot musiał ś. p. Baraniecki przerwać w r. 1864 i wyjechał do Londynu. Opuszczając kraj rodzinny patrzał on na niedolę swego narodu, wiedział, że skutki pogromu zubożą go umysłowo i ekonomicznie. Z drugiéj strony dostrzegł, że nawa dziejów zmienia kierunek, że brak równowagi między kwitnącemi u nas poezyją i sztuką z jednéj, a zaniedbanemi nauką i przemysłem z drugiéj strony, pozbawi naród siły odpornéj do obrony i przetrwania. Taką troską do głębi przejęty przemyśliwał ś. p. Baraniecki nad środkami ratunku, a owoce swych dumań streścił w dwóch słowach: oświata i praca. Hasła te tem większéj nabierały siły, że przed oczyma miał naród, który im zawdzięczał dobrobyt, potęgę i wolność.

Wiedząc dobrze, że współzawodnictwo naszego przemysłu z europejskim naraziłoby tylko nas na pewną stratę i porażkę, powziął zamiar dźwignięcia przemysłu domowego, rodzinnego, przez wydoskonalenie go w kierunku artystycznym. Tylko założenie w kraju takiego Muzeum przemysłowego, w któremby były, dla poglądowego pouczania naszych przemysłowców, zestawione wyroby krajowe obok zagranicznych, czyniło zadość temu zbawiennemu pomysłowi. Myśl poczęta z głębi przeświadczenia o jéj pożyteczności, ogrzana obywatelską miłością, zaczęła w krótkim czasie urzeczywistniać się; ś. p. Baraniecki zwiedzał wystawy europejskie i tu zakupywał wszystkie przedmioty, które dla rodzinnego przemysłu miały wartość pouczającą, a następnie posyłał je do Krakowa; a kiedy liczba już była pokaźną, sam w r. 1868 przybył do naszego grodu i tu niezrażony pierwszemi trudnościami, własną pracą i własnemi środkami założył Muzeum przemysłowe.

Imię ś. p. Adryjana Baranieckiego już i wonczas było znane i czczone w kraju i na pierwszą wiadomość o założeniu przez niego Muzeum przemysłowego pospieszyło całe społeczeństwo zakordonowe z nadesłaniem nowych okazów, i to stopniowe wzbogacanie się doprowadziło do tego, że z pierwotnych 5000 okazów obecnie nalicza ich ta instytucyja 33.000. Obok kierunku przemysłowego posiada Muzeum wspaniały zbiór etnograficzny, zwłaszcza kraju rodzinnego. Zbiór ten znany jest uczonym cudzoziemcom i zaszczytnie bywał wyszczególniony na wystawach krajowych i zagranicznych. — I w ułożeniu działu etnograficznego kierował się ś. p. Baraniecki przewodnią myślą, ażeby okazy uporządkowane były w poglądowe pouczające grupy. W r. 1875 zwiedził Muzeum prof. Virchow, podziwiając w dziale ornamentyki ludowéj piękny zbiór okazów rusińskich (pisanki, hafty i t. d.) i przypatrując się rysunkowi Rusinów, którego podstawą na wzór narodów zachodniéj Europy jest modyfikacyja figur geometrycznych (trójkąt, czworokąt i t. d.), spostrzegł uczony berliński obok ułożone okazy ornamentyki innego narodu sąsiadującego z Rusinami, a widząc, że tu za podstawę rysunku służą zwierzęta, smoki itd., tak jak się ta rzecz ma u narodów Azyi, wyznał otwarcie, że nigdy nie przypuszczał, ażeby między temi dwema narodami za-

chodziła tak głęboka różnica duchowa. Więc nawet tej miary uczony jak Virchow znalazł w Muzeum ś. p. Baranieckiego coś dla siebie nowego, coś do nauczenia się.

Uczyniwszy wszystko, co tylko dla przemysłu rodzinnego, dla pracy uczynić mógł, zajął się ś. p. Baraniecki drugą połową swego hasła: oświatą; wybierając ze wszystkich potrzeb najkonieczniejszą, założył przy Muzeum wyższą szkołę żeńską.

Po dziejowym pogromie, który nas spotkał przed 28 laty, bardzo wiele zastanawiano się w Europie nad naszą psychologiją narodową: wynikiem tych dociekań było mniemanie, że jesteśmy narodem, którym rządzą kobiety. Obok tych luźnych dowodzeń twierdzenie o społecznéj wszechpotędze polskiéj niewiasty znalazło wyraz i na trybunie parlamentarnéj, z wysokości któréj potężny wówczas kanclerz niemiecki uczynił polkom dwa zarzuty: raz, że liczebnie prześcigają niemki w pomnażaniu obywateli swego narodu, a powtóre, że stanowią i dla niego niezdobytą twierdzę polskości. Przeczuł ś. p. Baraniecki wieszczym duchem, że nadchodzą Kainowe czasy, w których całe życie narodu skupiać się będzie musiało w ognisku rodzinnem, którego duszą jest, była i będzie kobieta; pragnąc ażeby w téj twierdzy władała ona nietylko sercem lecz i głową, założył przy Muzeum wyższe kursa dla kobiet, jakich wonczas, prócz szkoły londyńskiéj, na całym obszarze świata cywilizowanego ponoś nie było. Ażeby dobitniéj uwydatnić wartość dla naszego społeczeństwa tych kursów, dodać należy, że i u nas przed ćwierć wiekiem panowały niezdrowe, doktrynerskie ideje emancypacyjne, na które najlepszą odtrutką będzie zawsze nie połowicza, lecz wyższa, rzetelna oświata kobiet.

Przejęty ważnością wytkniętego sobie zadania, zapracowany, zakłopotany, nie zrywał nici łączącéj go z światem lekarskim. Jego inicyjatywie zawdzięczają lekarze i przyrodnicy polscy swe Zjazdy naukowe oraz wystawy przyrodniczo-lekarskie. Zjazd tegoroczny, pragnąc wyrazić ś. p. Baranieckiemu swą wdzięczność, wybrał go swym prezesem i przyznał mu złoty medal za zasługi położone w organizowaniu wystaw przyrodniczo-lekarskich. Był członkiem nadzwyczajnym krakowskiéj Akademii Umiej., członkiem honorowym Tow. lek. krak., Tow. przyrodników im. Kopernika i w. in. W swym narodzie używał pełnego czci rozgłosu i wdzięcznego uznania. Jednego mu brakowało, to poparcia finansowego kursów dla kobiet. A kiedy własne zasoby wyczerpał, a urzędownie założono kursa dopełniające przy szkole wydziałowéj żeńskiéj, frekwencyja zmniejszyła się i zdawałoby się, że los téj instytucyi został rozstrzygnięty. Jak się to stało, że przez ćwierć wieku rząd niczem nie zasilił zakładów ś. p. Baranieckiego, że nie nadał im charakteru instytucyj użyteczności publicznéj? Dlaczego żaden z protektorów nauki polskiéj, goszczących w Krakowie, nigdy nie zwiedził zbiorów muzealnych? — prócz przykrego zdziwienia innéj odpowiedzi nie mamy; natomiast dowodnie wiemy, że ś. p. Baraniecki to ignorowanie boleśnie odczuwał. A jednak pogody ducha nie tracił, z anielską cierpliwością świecąc bezprzykładnem poświęceniem, niezniechęcony pracował, bo wierzył. W takim nastroju ducha zastała go śmierć.

Obie instytucyje, muzeum i szkoła, powstały z najczystszych pobudek założyciela służenia swemu narodowi. Pozostawiony własnym siłom i środkom, oddawał siebie i wszystko co posiadał na potrzeby tych zakładów i nie spoczął aż w grobie. Kto drugi jak on potrafii zrzec się powabów życia, uciech rodzinnych, dla dzieła odrodzenia narodu? Kto zdolen jest zamknąć się, jak filozof starożytności, w maléj izdebce i nie zaznać całe życie innego uroku świata, jak rozkosze czystego i zadowolonego sumienia?

Z sercem przejętem żalem wypowiadamy obawę, czy z śmiercią ś. p. Baranieckiego nie zeszedł z tego świata ostatni z tych naszych wielkich indywidualizmów, co to dla siebie „rachować nie umieli“, ale za milijony nie tylko cierpieć, kochać lecz i działać potrafili. Prawowity dziedzic duchowy Nowodworskich, Staszyców, Czackich, Marcinkowskich, zajmie on w kalendarzu świętości naszych miejsce orędownika najszczytniejszego skarbu narodu, jego ducha. Jak długo naród polski posiadać będzie sumienie społeczne, tak długo imię ś. p. Adryjana Baranieckiego będzie błogosławione i czczone; a my lekarze, których stan on swem życiem mądrem i ofiarnem tak opromienił, przechowamy dlań niespożytą, wieczną wdzięczność i uwielbienie.

Dr. A. Kwaśnicki,

* **Kraków** d. 22 października. W dniu 7 b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie Tow. lekarskiego po wakacyjach, na którem Doc. P o n i k ł o jako zastępca przewodniczącego powitał członków obecnych, poczem poświęcił słów kilka ś. p. prof. Drowi Kopernickiemu, którego pamięć członkowie przez powstanie uczcili. Z kolei demonstrował prof. O b a l i ń s k i chorych operowanych, a to: chorą po nefrektomii, resekcyi nogi według metody własnéj, po wycięciu krtani z powodu raka i po faryngotomii bocznéj metodą Mikulicza-Obalińskiego. W dyskusyi zabierali głos: koll. P a s z k o w s k i i P i e n i ą ż e k.

Na posiedzeniu drugiem w d. 21 października b. r. odbytem kol. Przewodniczący wita jako gościa kol. S t o c k m a n n a z Warszawy, poczem wzywa obecnych do uczczenia ś. p. Adryjana Baranieckiego przez powstanie. Przyjęto wnioski Komitetu Tow. lek., tyczące się obchodu 25-letniego jubileuszu Towarzystwa i przyjęto jednogłośnie kol. B i l i ń s k i e g o z Wilna na członka korespondenta. Prof. P i e n i ą ż e k przedstawił chorą z kiłą krtani. Kol. Dr. P o h o r e c k i miał zapowiedziany odczyt o działaniu *kali telluricum* na poty nocne u suchotników.

* Wskutek śmierci śp. Dra Orłowskiego zachodzi potrzeba obsadzenia posady prymaryjusza w s z p i t a l u p o w s z e c h n y m w P r z e m y ś l u. Jak wynika z konkursu, ogłoszonego w Nrze 41, do posady téj przywiązaną jest wprawdzie płaca skromna, mimo to posada ta jest ważną z powodu, że się rozchodzi o kierownictwo szpitalem powszechnym w 3-ciem z rzędu mieście galicyjskiem, w mieście, które od lat kilku znacznie się podniosło, a obecnie wielkie ma znaczenie nietylko dla liczby mieszkańców, ale i jako wielka forteca i siedziba korpusu armii. Szpital przemyski już teraz jest dosyć wielki, ma bowiem łóżek 160, a w porze zimowéj mieścić musi przeszło 200 chorych. Podzielony jest na 4 oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy i syfilityczny, mieszczące się w jednym gmachu, który tak zewnętrznie jako też wewnętrznie wcale dobrze się przedstawia. Lekarzy dotąd jest trzech, a mianowicie: prymaryjusz i dwóch sekundaryjuszów, z których to ostatnich tylko jeden jest doktorem medycyny, drugi zaś jest zarazem lekarzem więziennym i kasy chorych. Prymaryjusza chwilowo zastępuje Dr. Kiebuziński. Że liczba 3 lekarzy jest niedostateczną na szpital tak wielki, zwłaszcza w obec znaczenia miasta, mającego wielką załogę, że zwłaszcza jeden prymaryjusz, od którego niepodobna żądać, aby w jednéj osobie był doświadczonym internistą, operatorem, położnikiem i syfilidologiem, jest niewystarczający, że na 4 oddziały dwóch sekundaryjuszów nie wystarcza, dowodzić zbyteczna. Dlatego po energii i dobrych chęciach kierownika departamentu odnośnego w Wydziale krajowym spodziewamy się, że stan ten jednego z najważniejszych szpitali krajowych mając na oku zechce dołożyć starania, aby liczba lekarzy w szpitalu przemyskim powiększoną została odpowiednio do liczby chorych i oddziałów, na które szpital się rozpada; w każdym razie zachodzi bez porównania większa potrzeba pomnożenia liczby lekarzy w szpitalu przemyskim, aniżeli całkiem zbytkownego tworzenia posady sekundaryjusza stałego, a raczéj rodzaju koadjutora, w jednym z oddziałów szpitala krakowskiego. Kraj nasz

biedny, który tyle łoży na szpitale, nie może pozwolić sobie wydatków zbytecznych, wobec potrzeb tak gwałtownych i zwłoki nie cierpiących, których rychłego zaspokojenia w interesie cierpiących domagać się musi każdy z stosunkami obznajomiony.

* Na I-em tegorocznem posiedzeniu swem Wydział lekarski Uniw. Jagiell. przedstawił do zatwierdzenia Ministerstwu Dra Kryńskiego na 2-go asystenta przy klinice chirurgicznéj, zamianował Dra Orskiego 1-ym elewem przy tejże klinice na rok dalszy; Dra Sokołowskiego, asystentem przy klinice chorób skórnych na dalsze 2 lata, a Dra Julijana Staniszewskiego 2-im asystentem przy katedrze anatomii opisowéj na 2 lata.

* Namiestnictwo we Lwowie rozesłało „Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 4 czerwca 1881 r.“, którem wydano przejrzaną instrukcyję dla akuszerek.

* Ministerstwo wojny we Wiedniu od lat kilku deleguje lekarzy wojskowych czynnych do klinik krakowskich jako elewów. Na rok bieżący szkolny delegowało: lekarza pułkowego Dr. Maryjana Godlewskiego do kliniki okulistycznéj, a starszego lekarza Dr. Obfidowicza do kliniki chirurgicznéj.

* Nakładem Hirschwalda w Berlinie wyszło dzieło p. t.: *„Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medizin“, Festschrift Rudolf Virchow gewidmet zur Vollendung seines 70-en Lebensjahres*, w 3 tomach z rycinami, cena 120 marek. Dzieło to składa się z 52 rozpraw, na które złożyło się uczonych niemców 34, włochów 5, anglików 4, rosyjan i szwedów po 3, holendrów i amerykanów po 2, francuzów i japończyków po 1.

* W tygodniu 40 tym (od 3 do 10 października) było w Krakowie małżeństw 22, urodzin 39, skonów 63; z tych z zapalenia płuc 16, z gruźlicy 13, z innych chorób narządu oddechowego i z nieżytu żołądka i jelit po 4, z dławca i błonicy 3.

* **Omyłki drukarskie**. W artykule Dra Bąkowskiego, podanym w Nrze 42 zaszły następujące omyłki drukarskie: 1) str. 534 szpalta I, wiersz 17 od góry po słowie: „a mianowicie“, wypuszczono: „że brzuch „puchł“ coraz więcéj“. 2) str. 534, szpalta II, wiersz 11 od góry zamiast: „chrapnięcie“, winno być „chrupnięcie“. — W artykule Dra Sroczyńskiego w Nrze 41: 1) str. 519, szpalta I, wiersz 16 od góry, zamiast: „Cuinqueta“, winno być: „Cuigneta“; szpalta II, wiersz 16 od dołu, zamiast: „wytwarzanie żarn“, winno być „wytwarzanie żaru“. — W Nrze 42 str. 532, szpalta II, zamiast: „Morzena“, winno być „Moorena“, zamiast: „Ficarrę“, winno być „Ficano“.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 40: Izydor Kopernicki. Wspomnienie pośmiertne; Dunina: Kilka słów o t. zw. zakażeniu miąższowem; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 72: Polaka: Wydalanie odpadków i ścieków w Warszawie; Kramsztyka: Nowe przyrządy do stylizacyi mleka (dok.). — W *Medycynie* Nr. 40: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik (c. d.). — *Odczytów klinicznych* Nr. 32 i 33 zawierają: Goldflama: O przymiocie rdzenia, str. 58. — W *Gazecie Lek.* Nr. 41: Szumana: Kilka słów o użyciu lizolu w chirurgii operacyjnéj; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 41: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik (dok.). — W *Nowinach Lek.* Nr. 10: Matlakowskiego: Wycięcie żyły zaskórnéj wielkiéj przy żylakach i wrzodach goleni; Wicherkiewicza: Krótki pogląd na leczenie operacyjne jaglicy ze szczeg. uwzględnieniem własnego postępowania (dok.); Talki: Przypadek neurektomii n. nadoczodołowego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 42: Rychlińskiego: Przyczynek do anatomii patolog. amencyi; Lublinera: Przypadek zaniku twardziel nosa po tyfusie wysypkowym; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Kosińskiego: Podskórne rozdarcie nerki, wycięcie tejże.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Leon KOPFF: O własności chłoniczéj skóry ludzkiéj (odbitka z *Gazety Lek.* 1891) in 8-vo str. 42. — Dr. Kazimierz JANOWICZ: Tic convulsif des enfants, Paris 1891, in 8-vo str. 94. — Dr. PFEFFER: Versuche ü. d. Diuretin „Knoll“ (odbicie z *Centrblt f. d. ges. Therapie* 1891) in 8-vo str. 20. — Dr. Roman BARĄCZ (we Lwowie): Uiber 5 Darmresectionen (odbitka z Langenbecka Archiv. t. 42, zoszyt 3), in 8-vo str. 30. — Tenże: Tracheocele mediana (tamże) in 8-vo str. 11. — K. WAGNER: Primienenie sposoba Wintera k' iżsliedowaniu izmienanii żałudocznego soka u belnych pod wljanjem wodnoi wytiazki kory kondurango i spirtnoi nastoiki orieszkow czelibuchi (nux vomica). (Odbicie z „Wracza“ 1891) in 8-vo str. 18. — Dr. PAWIŃSKI: Uiber d. Einfluss d. Influenza auf das Herz (odbicie z *Berl. klin. Wochschr.* 1891) in 8-vo str. 25. — Dr. BUZDYGAN: Zwei Fälle von Myxödem (z kliniki prof Korczyńskiego w Krakowie) (odbicie z *W. klin. Wschr.* 1891) in 8-vo str. 12. — Dr. WACHHOLZ: Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową na podstawie 4057 przypadków (z oddziału prof. Obalińskiego) (Odbitka z „Przegl. Lek.“ 1891) in 8-vo str. 27. — Dr. W. JAWORSKI (z Warszawy): Ueber Veränderungen i. d. Gallenblase b. Vorhandensein v. Gallensteinen (odbitka z Zieglera. *Beiträge z. patholog. Anatomie* X), in 8-vo str. 31. — Dr. HEWELKE (z Warszawy): Ein Beitrag z. Therapie d. Lungenbrandes. (Odbitka z *D. med. Woch.* 1891), in 8-vo str. 15. — Dr. P. DITTRICH: Uiber methämoglobin bildende Gifte (odbitka z *Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharm* XXV Bd.), in 8-vo str. 35. — Prof. Dr. P. SEIFMANN (we Lwowie): Choroby pasorzytnicze, a w szególności choroby zakaźne zwierząt domowych. Warszawa 1891, in 8-vo str. 179, (odbitka z *Encyklopedyi rolniczéj*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę III. asystenta przy klinice chirurgicznéj.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 5 listopada 1891, przyczem się nadmienia, iż uwzględnieni zostaną lekarze, którzy pracowali w anatomii patologicznéj.

Kraków dnia 20 Października 1891.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II. asystenta przy klinice okulistycznéj z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15 listopada 1891 r.

Kraków dnia 20 października 1891 r.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 31 Października 1891. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O wrzekomych glejakach siatkówki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 43.)

Przejdziemy obecnie do zmian w tylnej części ciała rzęskowego, właściwie nawet w tylnéj części obrączki rzęskowéj, przeważnie nadto w skroniowéj połowie gałki, od któréj téż zaczniemy. Dodam, że najbardziej wybitne zmiany znalazłem w obrębie 5 mm. w kierunku mniej lub więcéj południka poziomego gałki. Otóż już w tylnéj części mięśnia rzęskowego, w tkance wyrostków rzęskowych spostrzegłem nacieczenie drobnokomórkowe. Początkowo daje się ono spostrzegać w warstwie wewnętrznéj, lecz prędko bardzo spostrzegamy je nietylko w całéj grubości wyrostka, lecz nawet w błonie nadnaczyniówkowéj (*lam. fusca et suprachorioidea*). Naczynia krwionośne błony naczyniówkowéj bardzo są zgrubiałe tak, iż na cięciach południkowych widzimy kilka bardzo grubych naczyń obok siebie położonych. Naczynia te przypominają najzupełniej zespolenia naczyń żylnych w tylnej części ciała rzęskowego, znane u zwierząt pod nazwą pierścienia żylnego Howiusza (*Circulus venosus Hovii*), a którego u człowieka, jak wiadomo, nie ma. O rozszerzeniu żył przy zapaleniu ciała rzęskowego, w postaci zatok wspomina Berger (*Beiträge zur Anatomie des Auges. Wiesbaden.* 1887 p. 70), wynaczynień jednakże w obrączce w przypadku niniejszym nigdy nie widziałem. W obrębie 5 mm. powierzchni tylna część obrączki rzęskowéj w kierunku południka poziomego dosięga téj samćj grubości, na którą, prócz przekrwienia, składają się również nadzwyczaj obfity naciek drobnokomórkowy i wrzecionowate bezbarwne komórki tkanki łącznéj; przeciwnie barwikowych komórek w miejscu tem wcale prawie nie znajdujemy. Od rozszerzonych naczyń obrączki powstają gałęzie o cechach zarówno tętniczych jak żylnych, które wraz z otaczającemi je komórkami udają się ku wewnątrz i bądź przedziurawiając wprost warstwę barwika jagodówkowego i warstwę części rzęskowéj siatkówki, wchodzą do ciała szklanego, bądź też na pewnéj, niekiedy dość znacznéj nawet przestrzeni, odrywają od właściwéj tkanki obrączki rzęskowéj warstwę barwikową. Oderwanie to nie ogranicza się li tylko do miejsca przez naczynia zajętego — przeciwnie naczynie często otacza w tych miejscach gruba pochewka, wyglądająca zupełnie jednolito, nie posiadająca żadnych zgoła pierwocin, zupełnie podobna do masy, która przestrzeń pomiędzy naczyniówką a oderwaną siatkówką wypełnia — oczywiście stwardniały wysięk surowiczy. W innych znów miejscach na dość znacznéj przestrzeni warstwa jagodówkowa jest oderwaną od obrączki, lecz w miejscu oderwania zgoła nie znajdujemy naczyń, tylko wysięk surowiczy. W bardzo wielu miejscach znajdujemy znów oderwanie części rzęskowéj siatkówki od listka jagodówki, które również może być wywołane przez to, że naczynia, przedziurawiwszy jagodówkę, na pewnéj przestrzeni przechodzą pomiędzy nią a częścią rzęskową siatkówki, pospoliciéj jednakże w oderwanych miejscach znajdujemy pomiędzy błonami li tylko wysięk surowiczy.

W tylnéj części obrączki rzęskowéj znalazłem nadzwyczajne zmiany w warstwie jagodówkowéj i części rzęskowéj siatkówki. Obie warstwy były bardzo zgrubiałe w obrębie utworu, o którym wyżéj wspomniałem, jagodówka tworzyła na cięciu jakby trójkąt, przeszło 2 mm. obszaru na cięciu mający, ostrym kątem skierowany ku tyłowi, wierzchołek zaś kąta znajdował się nawet cokolwiek ku tyłowi od rąbka zębatego siatkówki. Trójkąt ten był utworzony z rozrosłych komórek barwikowych, dość gęsto obok siebie położonych, kształt zaś miały one najrozmaitszy — od sześciennego, a nawet płaskiego, do wrzecionowatego, nawet gwiaździstego. Często też widzieć można było kosmki z komórek barwikowych złożone, które przy sprawach zapalnych w ciele rzęskowem są tak bardzo pospolite, kosmki te jednak nigdy nie miały znacznéj długości i w miarę, jak się od

rąbka oddalały, komórki znacznie mniéj zawierały barwika. Komórki części rzęskowéj również bardzo znaczne przedstawiały zmiany — najpierw stawały się znacznie dłuższemi, a zmiany te były widoczne już w miejscach, w których nacieczenie obrączki rzęskowéj stawało się ledwie widocznem. Dalej tworzyły one również kosmki, lecz znacznie grubsze i nadto krótsze od kosmków barwikowych; w wielu też razach kosmki barwikowe w dalszym ciągu przechodziły w utwory walcowate, składające się z komórek niezabarwionych, bądź sześciennych, bądź też walcowatych, osie zaś ich kierunek miały prostopadły względem osi kosmka. Jakkolwiek rzadko, jednakże znajdowałem w kosmkach naczynia krwionośne.

Takie zmiany spostrzegłem w obrączce rzęskowéj w skroniowéj połowie oka. Rozrost komórki błony jagodówkowéj był nadzwyczaj znaczny w całéj wogóle połowie skroniowéj, przeważnie obok samego rąbka, do którego to miejsca podchodziły odrazu fałdy oderwanéj zgrubiałej siatkówki. Inaczéj rzecz się miała w nosowéj połowie gałki. W tylnéj części obrączki rzęskowéj, nie dochodząc mniéj lub więcéj o 1·5 mm. od rąbka siatkówki, w tkance obrączki dawało się spostrzegać nacieczenie drobnokomórkowe, naczynia krwionośne również były rozszerzone o tyle znacznie, że grubsze żyły tworzyły na cięciach jakby splot Howiusza, natomiast rozrost pierwocin ciałka jagodówkowego i części rzęskowéj siatkówki występował względnie bardzo słabo. Obok samego rąbka siatkówki od obrączki pochodził w postaci złożonego prawie wachlarza (na cięciach) rozrost komórek listka jagodówkowego, szerokość jego była jednakże nieznaczną, długość również; pomiędzy listkami jego znajdowały się nieliczne a cienkie naczynia krwionośne, które pochodziły do naczyń obrączki. Na odległości tylko 2 mm. wachlarz ów przechodził w bardzo cienką niezabarwioną błonę, która wkrótce bezpośrednio łączyła się z siatkówką. Błona owa składała się w części z naczyń, przeważnie jednak z komórek, które prawdopodobnie pochodziły od komórek części rzęskowéj siatkówki.

Tak więc różnice, które zachodziły pomiędzy nosową a skroniową połową gałki, w każdym razie bardzo były znaczne. Siatkówka była zupełnie oderwaną. Sznurek, który łączył ją z nerwem wzrokowym, obok śródgałkowego końca tegoż bardzo był cienki, daléj, w kierunku ku tylnéj powierzchni soczewki, cokolwiek szerszym się stawał. Oderwanie siatkówki było lejkowatem, nadto była ona jakby ściągniętą ku skroniowéj połowie. Tu mianowicie nadzwyczaj rozłosłe komórki jagodówki bezpośrednio łączyły się ze zgrubiałą siatkówką. Pierwociny prawidłowe części rzęskowéj siatkówki spostrzegaliśmy tylko w obrębie części zmarszczonéj ciała rzęskowego; już w przedniéj części obrączki widoczny był rozrost tych komórek, w tylnéj zaś części jego rozrost był o wiele znaczniejszy, lecz jednocześnie rozrost błony jagodówkowéj tworzył opisany wyżéj trójkąt, którego ku tyłowi zwrócony wierzchołek zajmował miejsce jakby rąbka zębatego, chociaż był jeszcze daléj nieco ku tyłowi posunięty i następnie przechodził bezpośrednio w bardzo zgrubiałą siatkówkę. Tak więc po stronie skroniowéj część rzęskową siatkówki widzieliśmy tylko w przedniéj połowie obrączki rzęskowéj, przeciwnie w połowie nosowéj rozrost pierwocin jagodówki w miejscu odpowiednicm rąbkowi siatkówki był stosunkowo bardzo nieznaczny, rozrosłe zaś komórki przechodziły w cienką niezabarwioną błonę w kierunku południka poziomego gałki 4 mm. długości mającą, która tylko o 2 mm. ku wewnątrz od tylnego bieguna soczewki łączyła się z przesuniętą ku skroniowéj połowie oka zgrubiałą siatkówką. Wspomniałem już powyżéj, że w obrębie błony sitowatéj spostrzegłem nacieczenie drobnokomórkowe. Sznurek siatkówki składał się z dość cienkich w fałdy ułożonych błon, w których ani śladu budowy siatkówki dostrzedz nie mogłem. Były tu li tylko naczynia większych wymiarów — zgrubiałe jak zresztą również naczynia środkowe (*vasa centralia*), natomiast naczyń włosowatych bardzo było mało. Prócz tego były tu włókniste utwory i drobne okrągłe jądra otoczone pierwoszczem w nader małéj ilości, co do których niepodobna było orzec, do jakiéj warstwy siatkówkowéj należeć miały. Przeciwnie w fałdach siatkówki położonych już bliżéj *fossa patellaris* siatkówka była znacznie nawet zgrubiałą, w nielicznych miejscach, w których na cięciach udało się otrzymać prawidłowy przekrój jéj poprzeczny, widocznem było uwarstwienie jéj. Warstwa pręcików i czopków zupełnie była zniszczoną, zewnętrzna błona graniczna znacznie zgrubiałą, wyraźnie były zaznaczone błona graniczna zewnętrzna, warstwy ziarn zewnętrzna i wewnętrzna z cienką warstwą międzyziarnową i warstwa drobinowa; komórki zwojowe i włókna nerwowe zupełnemu uległy zanikowi, natomiast obie te warstwy zaznaczyły bardzo rozrosłe jądra włókien podporowych siatkówki. Przeciwnie podścielisko włókniste siatkówki szczególnie się uwydatniało tak, iż na cięciach prążkowatość w kierunku przekroju poprzecznego występowała bardzo wyraźnie, w obrębie zaś warstwy drobinowéj znalazłem siateczkę o bardzo wązkich pętlach, dość liczne jądra zawierającą[1]). Naczynia krwionośne były bardzo liczne, znacznie zgrubiałe — grube naczynia znajdowałem bezpośrednio nawet pod warstwą ziarn wewnętrznych. Ułożona w fałdy siatkówka tworzyła masę tak dalece jednolitą, że pomiędzy naczyniami krwionośnemi dwóch wzajemnie do siebie zbliżonych powierzchni wewnętrznych widoczne były zespolenia. Jeszcze jedna błona siatkówki w wielu miejscach przynajmniéj nie była przechowaną — błona graniczna wewnętrzna, a to wskutek tego, że naczynia siatkówki łączyły się bezpośrednio z naczyniami nowopowstałemi w ciele szklanem, do zmian którego teraz przejdziemy.

Objętość ciała szklanego była bardzo nieznaczną. W obrębie obwódki Zinniusza zmian stanowczo żadnych nie było, gdyż sprawa zapalna mieściła się dopiero w tylnéj części obrączki rzęskowéj. Ciało szklane tworzyło tylko cienki płat, położony przeważnie *w fossa patellaris,* chociaż na cięciach często znajdowałem długie a bardzo cienkie wyrostki tegoż położone w obrębie samego sznura, pomiędzy fałdami siatkówki. Niekiedy wyrostki te dochodziły do saméj tarczy nerwu wzrokowego, lecz w obrębie sznurka stanowczo żadnych zmian w ciele szklanem nie znalazłem. Przeciwnie w przedniej części jego zmiany bardzo były znaczne. Płat środkowy zawierał nieliczne pierwociny, wyłącznie prawie tylko komórki okrągłe. Najbardziej obfitowały w pierwociny zewnętrzny i wewnętrzny płaty i jeszcze bardziéj części obwodowe. Wspomniałem już wyżéj, że w obrębie obrączki znajdował się bardzo znaczny rozrost komórek części rzęskowéj siatkówki w postaci długich wyrostków, które uprzednio uważano za naczynia krwionośne, te więc powstawać miały z pierwocin zarodkowéj warstwy zewnętrznéj.

[1]) Porównaj Berger: *Beiträge zur Anatomie des Auges etc. Wiesbaden.* 1887, str. 119.

Okoliczność ta już sama przez się nie licowała z faktami, które biologija w tym względzie zdobyła, Berger też (l. c. str. 69) stanowczo wypowiada, że maczugowate początki naczyń przedziurawiają warstwę części rzęskowéj siatkówki i pochodzą stanowczo od naczyń ciała rzęskowego. W obecnym przypadku z obrączki wstępowały do ciała szklanego nietylko naczynia włosowate, lecz nawet dość grube naczynia, które przedziurawiały warstwy jagodówkową i rzęskową siatkówki, w kierunku bądź prostym, bądź ukośnym, bądź też — rzadziej zresztą — znajdowały się w wyrostkach wskutek rozrostu komórek części rzęskowéj powstałych; wyrostki owe zwykle nie sięgały daleko wśród istoty ciała szklanego. To samo prawie można powiedzieć o wyrostkach, które od listka jagodówkowego pochodziły; tylko bardzo rzadko rozgałęzienia ich napotykałem nieopodal tylnego bieguna soczewki, wszakże komórki już w obwodowych częściach ciała szklanego traciły swój kształt typowy, stając się płaskiemi, lub wrzecionowatemi, nadto im daléj od obrączki rzęskowéj, tem mniej zawierały one barwika. Naczynia krwionośne, jak powiedziałem juz, pochodziły przeważnie od naczyń wyrostków rzęskowych; rozgałęzienia ich tworzyły dwie siecie — zewnętrzną, zawierającą liczne i grube naczynia, bliżéj siatkówki położoną i wewnętrzną, prawie obok samej *fossa patellaris* w postaci cienkiéj warstwy a utworzoną wyłącznie prawie przez naczynia włosowate. Naczynia sieci zewnętrznéj łączyły sie z naczyniami siatkówki wzdłuż całéj powierzchni tejże za pomocą włosowatych spoideł, w środku zaś widziałem trzy grube naczynia, które wstępowały do ciała szklanego z saméj siatkówki. Części ciała szklanego w sznurku zawarte naczyń wcale nie posiadały. Pierwociny komórkowe pod względem ilości ściśle odpowiadały naczyniom krwionośnym — więc w warstwie wewnętrznéj nie były one liczne, w warstwie zewnętrznéj o wiele liczniejsze, wreszcie najbardziéj liczne w skroniowéj połowie oka, zwłaszcza odpowiednio do wyżéj opisanego utworu w obrączce rzęskowéj. Prócz komórek walcowatych i barwikowych, powstałych wskutek rozrostu w obrębie obrączki, w ciele szklanem znajdowałem wszędzie komórki dwóch tylko kształtów: wrzecionowate i okrągłe, położone w dość znacznej od siebie odległości pośród jednolitéj istoty międzykomórkowéj. Już uprzednio wspomniałem, że rozrost rzęskowéj części siatkówki nic chyba nie miał wspólnego z powstawaniem naczyń krwionośnych. Nie dość na tem, rozrost ten dawał się spostrzegać tylko w częściach blisko rąbka zębatego położonych, na żadném też cięciu nie zdołałem przekonać się, że komórki te stopniowo przeistaczają się w zwykłe wrzecionowate komórki tkanki łącznéj; przeciwnie w częściach wyrostków najdaléj w głąb ciała szklanego posuniętych widziałem zwykle komórki li tylko walcowate lub sześcienne. Natomiast w tylnej części obrączki rzęskowéj znalazłem bardzo znaczne nacieczenie drobnokomórkowe — komórki te wraz z naczyniami krwionośnemi wstępowały do ciała szklanego, tworząc niekiedy dokoła naczyń bardzo grube pochwy. Otóż łatwo się było przekonać, że od tych miejsc przeważnie komórki jakby wdzierały się do ciała szklanego, tworząc niekiedy w obwodowych częściach jego jakby równolegle z powierzchnią tegoż położone pasemka, które zdają się przemawiać za uwarstwieniem części obwodowych ciała szklanego. Nawet w miejscach, gdzie znaleźliśmy największy rozrost warstwy jagodówkowéj i części rzęskowej, pomiędzy powstałemi wskutek rozrostu wyrostkami, najzupełniej są również widoczne, w wielkiéj nadto ilości, komórki limfoidowe. Nacieczenie to kieruje się od połowy skroniowéj, przeciwnie w nosowéj połowie oka komórek napotykamy bardzo mało. Tak więc komórki ciała szklanego pochodziły przeważnie z obrączki rzęskowéj. Obok tego wskazać wypada inne jeszcze źródło — wychodztwo z naczyń w obrębie już samego ciała szklanego. Mianowicie często napotykałem ogromne ilości komórek limfoidowych dokoła pewnych naczyń dość grubych, lecz o bardzo cienkich ścianach — naczynia takie znajdowały się przeważnie w skroniowéj połowie, niekiedy nawet w samym środku ciała szklanego.

Nie ulega więc wątpliwości, że w danym przypadku obraz kliniczny glejaka powstał wskutek sprawy zapalnéj w błonie naczyniowéj. Oderwanie zupełne siatkówki musiało być następstwem marskości ciała szklanego. Sprawa zapalna jakkolwiek zajęła całą tylną część obrączki rzęskowéj, jednakże przeważnie występowała w skroniowéj połowie oka, ku któréj téż sama siatkówka została jakby przesuniętą. Na szczególną uwagę zasługuje tu umiejscowienie sprawy zapalnéj na ściśle ograniczonéj przestrzeni. Haab, opisując swe przypadki, oczywiście najzupełniéj do niniejszego zbliżone, zwraca uwagę na okoliczność, że sprawa zapalna była jakby umiejscowioną w okolicy rąbka i bezpośrednio przyległéj doń części ciała rzęskowego, gdyż w innych częściach błony naczyniowéj, mianowicie we właściwem ciele rzęskowem, dokoła przestworu Fontany i w tęczówce zjawiska zapalne występowały w jego przypadkach nader słabo. W naszym przypadku umiejscowienie sprawy było jeszcze wyraźniejszem, gdyż prócz tylnej połowy obrączki rzęskowéj i to przeważnie nawet tylko w skroniowéj połowie oka, w innych częściach błony naczyniowéj żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Natomiast o przyczynie cierpienia nic zgoła powiedzieć nie możemy.

II. Z zakładu medycyny sądowéj w Uniw. Jagiell.

Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych.

Według wykładu wygłoszonego na VI. Zjeździe lekarzy i przyr.

Skreślił

Dr. Leon Wachholz,

asystent przy tymże zakładzie.

(Dok. Patrz Nr. 43.)

Próby téj, która z licznemi spotkała się zarzutami, Kobert w pracy swéj o methemoglobinie sinowodowéj słusznie broni, tłómacząc jéj zasadę. W skład ciałek krwi czerwonych wchodzi istota białkowa, posiadająca własność pochłaniania tlenu, ztąd to, jeśli się do rozczynu krwi dolewa dwutlenku dwuwodu, zostaje tenże jako połączenie nader niestałe rozłożonym na wodę i tlen. Część tlenu zostaje przez tę istotę białkową pochłoniętą, reszta zaś tlenu uwalnia się wśród burzenia. Jeśli dwutlenek dwuwodu wlejemy do rozczynu kilkakrotnie przekrystylizowanéj hemoglobiny, wówczas tlen z rozkładu dwutlenku powstały nie może być pochłoniętym, bo białka tego w rozczynie nie ma, tak więc działa tu tlen na hemoglobinę i zmienia ją początkowo przelotnie w methemoglobinę, następnie w białoszary barwik krwi pochodny, bliżéj nieznany.

Związki wszystkie sinu a w pierwszéj linii jodek sinu działają mocno trująco na pierwoszcze i istoty białkowate.

Ztąd to sądzi Kobert, że jeśli do krwi dolejemy jakiegokolwiek połączenia sinu, takowe zabija tę istotę białkową, t. j. niszczy jéj własność przyswajania sobie tlenu; następstwem tego jest zachowanie się krwi sinem zatrutéj w obec dwutlenku dwuwodu, równe zachowaniu się rozczynu przekrystalizowanéj hemoglobiny w obec tegoż odczynnika. Próba Schönbeina z dwutlenkiem dwuwodu ma tylko tę niedogodność, iż nie zawsze odczynnik ten można mieć pod ręką, powtóre nie zawsze odczynnik ten jest dobrym, łatwo bowiem rozkładowi ulega.

Ostatnia praca w przedmiocie zatruć związkami sinu, podana przez prof. Koberta, znaczne rzuca światło na zachowanie się krwi, plam pośmiertnych i innych zmian po zatruciach sinem spostrzeganych.

Plamy trupie, powstające z difuzyi rozpuszczonéj hemoglobiny wskutek parowania, rychło swą barwę zmieniają na brązową. Hemoglobina zmienia się tu w methemoglobinę; podobnie dzieje się z hemoglobiną w naczyniach błony śluzowéj żołądka, jeśli odczyn jest kwaśny, w obec resztek pokarmowych. Plamy te przyjmują w zwłokach ludzi otrutych związkami sinu zabarwienie jasnoczerwone. Methemoglobina powstaje z hemoglobiny pod wpływem światła słonecznego dłużéj działającego, również pod wpływem ciepła, powstaje samoistnie w wynaczynieniach krwi w ustroju, wreszcie za działaniem pewnych odczynników, jak chloranu potasowego, nadżelasinku potasu, azotanu srebra, octanu ołowiu, alkaliów i kwasów rozcieńczonych. Co do jéj istoty, to dziś uważa się ją po badaniach Hüfnera i Ottona za równorzędną hemoglobinie co do ilości tlenu w niéj zawartego, a tylko tem różniącą się od hemoglobiny, że tlen w niéj mocniéj jest związanym. Widmo jéj podają różnie: Hoppe-Seyler opisuje trzy smugi w rozcieńczonym rozczynie, dwie między D i E a jednę w czerwonem polu między C i D; Landois widzi cztery smugi; Hammersten widzi dwie smugi wybitne i trzecią stałą przy D., jeśli methemoglobina jest w zasadowym rozczynie. Jednak wszyscy autorowie zgadzają się, że smuga między C a D w pasie czerwonym methemoglobinę cechuje. W krwi trupiéj w miarę zmniejszania się alkalescencyi krwi, wytwarzanie się methb z hb coraz łatwiejszem się staje, ztąd tłumaczyć sobie należy łatwość przemiany hb w methb w naczyniach ścian żołądka przesiąkniętych 0·2% kwasem solnym. Z drugiéj strony zmienia się hb tam w plamach skórnych z łatwością na methb, gdzie skóra pozbawiona jest przyskórka i parowanie jest ułatwione. Jeśli sporządzamy rozczyn 1% krwi z dokładnem oddzieleniem surowicy i dodajemy do rozczynu tego maleńki kryształek nadżelasinku potasu, rozczyn ten zmienia swą barwę natychmiast z czerwonéj na dymnożółtą a w spektroskopie daje widmo meth. Jeśli do rozczynu tego dodajemy jakiegokolwiek związku sinu, czy to sinku potasu, kwasu pruskiego czy przetworów tenże zawierających, barwa żółta zmienia się natychmiast na czerwoną. Rozczyn ten daje obecnie w spektroskopie odmienne widmo, podobne zupełnie do hemoglobiny odtlenionéj, tem jednak różniące się, że przez wstrząsanie z powietrzem lub przeprowadzanie powietrza przez rozczyn ten widmo się nie zmienia na widmo Ohb, jakby to miało miejsce, gdyby to był rozczyn hb odtlenionéj. Na téj to zasadzie uważa Kobert związek ten za odrębny i nadał mu nazwę methemoglobiny sinowodowéj.

Methb. zmienia swą barwę z żółtawéj na czerwoną nietylko pod wpływem związków sinu, lecz ulega téj przemianie barwy także za dolaniem mocno rozcieńczych alkaliów lub soli ziem alkalicznych. Wtedy powstaje alkaliczna methemoglobina, któréj widmo wedle Landoisa podobnem jest do widma Ohb z tą różnicą, że pierwsza smuga szersza przesuniętą jest ku pasowi czerwonemu. Podczas gdy widmo 1% rozczynu methb. jest wybitne, to 1% rozczyn CNHMethb w flaszeczce przyrządu spektralnego wstawionéj w osi małéj widma żadnego nie daje; w osi zaś dużéj daje widmo hb odtlenionéj; więcéj zgęszczone zaś rozczyny jak 1% CNHMethb daje widmo takie same bez względu, czy rozczyn jest zasadowy, obojętny, czy też słabo kwaśny. Methb z istotami zasadowemi odtleniającemi zmienia swą barwę na czerwoną, a w przyrządzie spektralnym otrzymujemy widmo równorzędne z widmem Ohb. Rozczyn azotanu potasu lub sodu dolany do rozczynu methb zmienia również barwę brązową na czerwoną; jednak widmo tego rozczynu pozostaje takie same jak czystéj methb, tylko smugi są nieco jaśniejsze. Z tego więc wynika, że jakkolwiek methb pod wpływem odczynników barwę swą na czerwoną zmienia, to przecież methb sinowodowa w przyrządzie widmowym z całą dokładnością daje się stwierdzić. Reakcyja ta jest zatem pewną, a czułość jéj jest tak wielką, że 0·000003 g. kwasu pruskiego można nią wykazać. Reakcyja ta daje się wreszcie z łatwością wykonać, bo zawsze można mieć przygotowany rozczyn methb nie ulegający tak prędko rozkładowi, do którego w danym razie dolewa się treści n. p. żołądkowéj; lub porównywając rozczyn zwykłéj methb z rozczynem methb świeżo sporządzonéj ze krwi zmarłego z otrucia związkiem sinu.

O czułości téj reakcyi dowodnie sam się przekonałem, czyniąc próby z meth. z zwykłéj krwi przyrządzoną w sposób poprzednio podany, za dolaniem stałych rozczynów sinku potasu lub wody gorzkich migdałów.

Analogicznie do przypadku podanego przez Koberta, w którym był w stanie za pomocą téj próby wykazać sin we krwi zmarłego z otrucia sinkiem potasu, poddałem téj próbie krew z królika otrutego dawką 0·50 grama i krew z dwóch pozostałych królików. Krew tę dobyłem z prawéj komórki serca zaraz po śmierci. Rozczyn z krwi pierwszego królika zmienił pod wpływem nadżelasinku potasu barwę swą czerwoną na żółtą a nie na jasnoczerwoną, nie zawierał tedy CNHMethb, co też i spektralnie stwierdziłem. Natomiast rozczyn krwi dwóch królików, które po 0·05 grm. sinku *in dosi refracta* padły w czasie mniéj lub więcéj godziny, po dodaniu małego kryształka nadżelasinku barwę jasnoczerwoną uzyskał a spektroskop okazywał smugę hb odtlenionéj i smugę drugą szeroką na prawo od pasa zielonego, zatem widmo CNHMethb.

Że w krwi pierwszego królika, którego sekcyi dokonałem natychmiast, nie byłem w stanie wykazać CNHMethb, należy tłomaczyć sobie raz prędką śmiercią tak, iż sinek nie mógł przejść do krwi w dostatecznéj ilości; powtóre, że jak to Kobert stwierdził, sinek potasu dopiero w zwłokach po pewnym czasie w miejscach, gdzie krew zawiera methb z Hb wytworzoną, z methb się łączy i wykazać się daje. Za życia tylko jodek sinu wywołuje rozpad ciałek czerwonych, czego dowodem za życia pojawiająca się hemoglobinuryja po otruciu tymże i wytworzenie się CNHMethb.

Związki sinowe, dodane do kleiku skrobi jodem fijoletowo zabarwionego, natychmiast go odbarwiają, a działanie to polega również na własnościach odtleniających związ-

ków sinu. Jodoskrobia zmienia się pod wpływem kwasu pruskiego na jodek sinu i kwas jodowodowy, które nie są już w stanie ze skrobią na fijoletową jodoskrobiję się połączyć. Reakcyja ta jest tak czułą, iż według Koberta 0·000008 kwasu pruskiego dosyć wybitnie fijoletowy roztwór kleiku skrobi z jodem odbarwiają. Próby téj możnaby również użyć przy badaniu treści żołądka przy stole sekcyjnym, jednak i inne odczynniki jak siarkan magnowy, glinowy, kwas arsenawy, siarkowodowy, alkalia i t. d. podobnie jak związki sinu się zachowują.

Wobec jednak próby sinomethemoglobinowéj wszystkie inne ostać się zdaniem mojem nie mogą, bo chociaż zamiana barwy z brązowéj na czerwoną w roztworze methb, połączeniem sinu wywołana, i po innych odczynnikach powstaje, to przecież przyrząd widmowy wszelkiéj niepewności kres stanowczy kładzie.

Wobec tego, że próba Preyera, która dotychczas uchodziła za najlepszą próbę wstępną, a któréj stosowanie już przy stole sekcyjnym w przypadkach domniemanego otrucia związkami sinu prof. Liman zwłaszcza bardzo zalecał, a którą za jego przykładem wszyscy lekarze sądowi stósowali, przez prof. Hoffmanna w najnowszem wydaniu jego dzieła, milcząco wyrugowaną została, próba powyższa prof. Koberta na tem większą załuguje uwagę i takową też lekarzom sądowym zalecić wypada.

III. Z praktyki prywatnej.

Otrucie nasieniem bielunia dziędzierlawego (*datura stramonium*).

Podał

Dr. T. Bąkowski w Baranowie.

W r. 1882 w *Deut. med. Wochenschrift* Nr. 15 opisał Baader przypadek przypadkowego otrucia trojga dzieci nasieniem bielunia dz. Poniżéj podaję przyp. równoczesnego ale rozmyślnego otrucia także trzech osób:

Dnia 3 września b. r. około godz. 8 wieczór przywieziono do mnie A, S., lat koło 50 mającą, wieśniaczkę, oraz obie jéj córki, zamężną Agatę łat koło 20 i młodszą Annę lat 12 liczącą, wszystkie z Knapów. A. S. podaje, że w południe u swéj znajoméj zjadły kapustę, że wnet po zjedzeniu dostała wraz z córką zamężną nudności, bólu głowy i zawrotów, które do téj chwili trwają tak, że na nogach ustać nie mogą, że zaś najmłodszéj Annie coś się zrobiło, że „szaleć" poczęła i trudno ją utrzymać. Przyprowadzona do mnie Anna 12-letnia zrobiła na mnie istotnie wrażenie szalonéj; nie wiedziała gdzie jest, mówiła ciągle od rzeczy, biła na wszystkie strony, rzucała się chcąc uciekać tak, że badanie jéj było bardzo utrudnione. Źrenice *ad maximum* rozszerzone wcale na światło nie oddziaływały, oddech i tętno przyspieszone. Innych zmian w obec tak niespokojnéj choréj trudno było zauważyć. U dwóch starszych kobiet zauważyłem również rozszerzenie źrenic ale mierne i tylko bardzo leniwe oddziaływanie tychże na światło, pewne osłupienie i znaczne osłabienie, tętno i oddech raczéj zwolnione aniżeli przyspieszone. Domyślając się na podstawie tych objawów otrucia nasieniem bielunia dzięddzierlawego (daturyną) w pierwszym rzędzie lub ziołami temuż pokrewnemi (jak *atropa belladonna*, *conium maculatum* lub *veratrinum*), zaleciłem wzbudzenie wymiotów letnią wodą, roztwór soli Glauberskiéj (*Sal. Glauberi 50·0, Tartari stib. 0·125. aq. dest. 250·0*) co $\frac{1}{2}$ godziny po $1\frac{1}{2}$ łyżki stołowéj, najmłodszéj zaś Annie proszek z morfiną à 0·005, lód na głowę, ewentualnie po jednéj pijawce za uszami, wreszcie czarną kawę.

Więcéj chorych nie widziałem. Nazajutrz zgłosił się do mnie żandarm, pokazując mi kolczysty, zielony owoc z nasieniem bielunia dzięds., żądając informacyi co do jadowitości tego owocu, oraz donosząc mi, że znajoma otrutych z tego to owocu nasiona miała wrzucić do kapusty, na którą ich zaprosiła, jak się sama przyznała. Istotnie tedy nastąpiło otrucie nasionami bielunia, a że w pierwszym rzędzie o tem myślałem, na to naprowadziła mnie ta okoliczność, że roślinę tę dosyć często znaleźć można po rowach i śmietniskach. Chorzy zażyli przepisane lekarstwa, a z opowiadania osoby wiarygodnéj ze wszech miar dowiedziałem się, że już nazajutrz t. j. w 24 godzin po otruciu starsze kobiety czuły się zdrowe, zaś najmłodsza Anna popadła w długi głęboki sen, z którego się tylko cokolwiek osłabiona obudziła. Otrucie było zatem lekkie, skoro nie przyszło do objawów porażenia i takie też oświadczenie złożyłem w sądzie co do téj kwestyi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Prof. Rosenbach: **O przechowywaniu żywych pasorzytów malaryi.**

Wyniki z badań autora nad pasorzytami malaryi są wprawdzie dość skąpe, podaje on jednak w swéj pracy drogę i metodę badania, a chcąc zachęcić do poszukiwań w tym kierunku, wskazuje, na co szczególnie należałoby zwracać uwagę w tem badaniu. Rosenbach wychodzi z tego zapatrywania, że hodowla pasorzytów malaryi udałaby się tylko wtedy, gdybyśmy znaleźli dla nich najnaturalniejsze warunki wegetacyi. W tym celu posługuje się pijawkami, które obok tego, iż zarówno jak i pasorzyty malaryi żyją w miejscach bagnistych, posiadają tę zaletę, iż utrzymują krew w stanie niezmienionym, płynnym przez całe tygodnie, a nawet miesiące w swym przewodzie pokarmowym. Na podstawie dotychczasowych badań przychodzi do przekonania, że: 1) plazmodyję malaryi można najmniéj przez 48 godzin w przewodzie pokarmowym pijawki przy życiu utrzymać. 2) Chinina nawet w razie, gdy nie jest już w stanie zapobiedz podniesieniu się ciepłoty, wstrzymuje rozwój pasorzytów. Jako wskazówki przy dalszych poszukiwaniach zaleca: badać za pomocą większéj ilości pijawek plasmodyje w okresie ich rozwoju, t. j. w *stadium incubationis*, badać, jak długo się przy życiu utrzymują i czy sama pijawka ulega zakażeniu; daléj czy krew z pijawki jest w stanie zakażać inne zwierzęta, jak n. p. żaby. Wreszcie przypuszcza możność użycia przy pomocy pijawek krwi zdrowego człowieka jako pożywki dla plasmodyjów, a nawet i dla innych mikroorganizmów. (*Berl. klin. Wschrft* 1891, Nr. 34.)

Dr. Jan Opieński.

Farmakologija.

Biernacki: **Strychnina jako środek działający na mózg.**

Autor zbija na podstawie swych licznych doświadczeń ogólnie przyjęte zdanie, jakoby strychnina działała tylko na rdzeń pacierzowy a nie działała na mózg i dochodzi do następujących wniosków: 1) Strychnina działa na mózg. Jeśli bowiem wstrzyknie się strychninę podskórnie albo bezpośrednio na korę mózgową, powstaje często znaczne obniżenie pobudliwości środków psychomotorycznych. 2) Niepewnem jest, czy strychnina wywiera wpływ bezpośredni na istotę szarą mózgu, albowiem zmniejszenie pobudliwości ośrodków psychomotorycznych może także być następstwem podrażnienia rdzenia. 3) Korzystnego wpływu leczniczego strychniny w dypsomanii, padaczce i uporczywéj bezsenności można wytłomaczyć powyższem działaniem tego środka. 4) Byłoby na czasie doświadczać tego leku w przypadkach podrażnienia sfery psychomotorycznéj a szczególnie w manii. (*Gazeta Lek.* 1890, Nr. 19.) *Dr. Süsskind.*

Kress (Norymberga): **Działanie diuretyny.**

Doświadczenia kliniczne nad działaniem moczopędnem diuretiny (lek podany w r. 1890 przez Grama), będącego połączeniem teobrominy z salicylanem sodowym, wykonane

w szpitalu miejskim w Norymberdze, doprowadziły autora do następujących wniosków:

Diuretina jest silnym środkiem moczopędnym, zwiększającym wydzielanie tak płynnych jak i stałych części moczu. Działanie jéj polega na drażnieniu bezpośredniem miąższu nerkowego jednak nieszkodliwem, bo nie wywołuje białkomoczu, ani ilości wydzielającego się białka nie zwiększa. Działanie dodatnie na narząd krążenia wydaje się być wtórorzędnem.

Najlepiéj działa w ostrych i przewlekłych sprawach w nerkach i sercu toczących się, zwłaszcza zaś w ostrych zapaleniach nerek i nie powikłanych wadach serca. Czysto surowicze wysięki, jak n. p. w gruźlicy w okresie obrzęków pod wpływem jéj wcale się nie zmieniają.

Lek ten można podawać bez szkody dla chorego przez czas dłuższy, przyczem działanie jego wcale się nie zmniejsza. (*Münch. med. Wschrft.* 1891, Nr. 38.)

Dr. Wachholz.

Patologija.

S k ó r k o w s k i: **Błonica a róża.**

Że róża wpływa korzystnie na przebieg błonicy, już wielokrotnie twierdzono. — Autor opisuje przypadki następujące:

Podczas epidemii błonicy z przebiegiem złośliwym zapadło w pewnéj rodzinie 4 dzieci na tę chorobę. U dziewczęcia 5-letniego powstała w trzecim dniu błonicy róża na twarzy, która przeszła na głowę pokrytą włosami. W tym samym stopniu, w jakim przybierały objawy róży, ginęły objawy błonicy, a z czworga dzieci, z których dwoje miało lat 6 i 8, tylko to jedno, które równocześnie cierpiało na różę zostało przy życiu. Inny przypadek dotyczył rodziny biednéj, w któréj wszystkie dzieci, a było ich 8, zapadły na błonicę. Dzieci te były w wieku między 4 a 16 lat. Wszystkie padły ofiarą téj strasznéj choroby z wyjątkiem jednego liczącego lat 8, które obok błonicy zapadło na różę. (*Nowiny Lek.* 1890, Nr. 4.)

Dr. Süsskind.

M i l l e r (Berlin): **Jama ustna jako ognisko chorób zakaźnych.**

Na VII międzynarodowym Zjeździe hygijenistów w Londynie zastanawiał się autor nad grzybkami chorobotwórczemi, które w jamie ustnéj się rozwijają i które ztąd mogą dać powód do ogólnego lub miejscowego zakażenia. Mikroby te wywołują próchnienie zębów, w następstwie ropnie zębodołowe, próchnienie wyrostka zębodołowego a nawet i śmierć. W plwocinach, pochodzących z ust nie pielęgnowanych lub nienależycie czyszczonych, znajdował mikroorganizmy będące przyczyną zapalenia włóknikowego płuc, posocznicy plwocinowéj, wreszcie *micrococcus tetragenus*, *megacoccus buccalis muciferens* i *bacillus buccalis septicus*. Wstrzykiwania rozcieńczonéj śliny z ust nie czyszczonych należycie do krwi i do jamy brzusznéj myszom, wywoływały zawsze śmierć tychże, w krótkim lub nieco dłuższym czasie po zastrzyknięciu występującą. Ponieważ rozczyn sublimatu $^1/_2$ %$_{00}$ w 5 minutach dopiero grzybki te zabija, a i sam do płukanie ust się nie nadaje, przedstawia wodę własnego przepisu, po któréj widział doskonałe wyniki. Przepis jego brzmi: Rp. *Ac. benzoici 3·0, Tinct. Eucalypt. 15·0, Ol. Menth. pip. 0·75, Alcoh. abs. 100·0.* (*W. med. Bl.*, 1891, Nr. 41.)

Dr. Wachholz.

Choroby kobiece.

S é g o n d: **Leczenie ropienia w tkaninach miednicowych za pomocą wyjęcia macicy przez pochwę.**

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. chirurgicznego.)

Pierwszy Péan zaleca tę operacyję pod nazwą „*castration uterine*“ zamiast laparatomii w przypadkach ropienia w tkaninach miednicowych lub w trąbkach i jajnikach.

Ségond wykonał od 29 sierpnia 1890 r. do 5 stycznia 1891 r. 23 takich operacyj. Péan na kongresie berlińskim w 1890 r. przedstawił statystykę 60 podobnych przypadków bez żadnego zejścia śmiertelnego, prelegent zaś na 23 swoich przypadków miał 4 zejścia śmiertelne. Jeden u kobiety, u któréj wszelakie manipulacyje z powodu wązkiéj pochwy były utrudnionemi. Po ukończonéj operacyi czuć się miała dobrze, ale zaziębienie (nie opisane dokładniéj) miało wywołać gorączkę i śmierć.

Druga chora, u któréj z powodu trudności zbytnich w wykonaniu, musiano zostawić dno macicy w jamie brzusznéj, umarła z septycznego zapalenia płuc.

Trzecia umarła w 2 dni po operacyi, bez podniesienia się ciepłoty, ale stan jéj jeszcze przed operacyją miał być nader opłakanym.

Czwarta operowana dotknięta gruźlicą macicy, trąbek i jajników, uległa w kilka dni po operacyi w skutek „*peritonitis perforativa*“.

Daléj mówi prelegent o 6 przypadkach wyleczenia t. j. 1) *Pyosalpinx ambilater* z wyjęciem macicy i adnexów. 2) Wyjęcie saméj macicy z powodu napełnienia małéj miednicy ropą (bez oznaczenia dokładniejszego, gdzie i z jakiéj przyczyny), otwarcie zatok i założenie sączków. 3) Wyjęcie macicy i adnexów z powodu znacznego nagromadzenia ropy (ale gdzie niewiadomo). 4) Wyjęcie saméj macicy z powodu *salpingitis dex.* i *peritonitis universalis.* 5) Wyjęcie macicy u choréj, przedtem już na laparatomiję operowanéj, dla wydobycia adnexów, co jednak stanu choréj nie zmieniło. Następowa zaś hysterektomija i otwarcie ropni sprowadziły zupełne wyleczenie. 6) Wyjęcie macicy z włókniakami i wypuszczenie litra ropy z brzucha (ale z jakiéj okolicy nie wiadomo bliżéj).

Jako ogólne wskazanie podaje S. schorzenie obustronne jajników, trąbek i otoczenia takie, dla których dotąd wykonywano laparatomiję.

Operacyja ta co do samego wykonywania nie jest identyczną z hysterektomiją z powodu raka macicy, ale twierdzi S., że w najdrobniejszych szczegółach musi być wykonywaną, tak jak operuje Péan i z pomocą podanych przez niego narzędzi, jak długich i mocnych szczypców Museaux, *pinces hemostatiques* i długich a szerokich ochraniaczy pęcherza i odbytnicy. Ułożenie operowanéj najwygodniejsze, w razie zbytnio pozrastanéj z okolicą i unieruchomionéj macicy, jest na lewym boku. Przytem, na co głównie kładzie nacisk, należy po drobnym kawałeczku podwiązywać i odcinać i ostrożnie dążyć ku górze. Uwolniwszy tak macicę albo się ją wyjmuje z pośród tkaniny ropą nacieklej, albo palcem otwiera się ropnie, lub w razie nagromadzenia ropy w trąbkach i jajnikach, takowe się wyjmuje.

Prelegent zaznacza 4 punkty, mające téj operacyi dać pierwszeństwo przed laparatomiją; to jest: 1) brak blizny brzusznéj; 2) skutek operacyi jest bezpośredni a wyleczenie stanowcze i pewne; 3) w przypadkach bez komplikacyi operacyja jest równie dobrą i zbawienną jak laparatomija; 4) w przypadkach zaś ciężkich, gdzie laparatomija jest niebezpieczną i trudną, ta przez rozcięcie zrostów i obszerny *drainage* lepsze daje wyniki.

Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu w dniu 4 marca 1891 r. rozpoczęła się dyskusyja nad tym przedmiotem.

B o u i l l y zgadza się na tę metodę względnie na wskazania w przypadkach: 1° zapaleń adneksów sprowadzających powtarzające się zapalenia otrzewnéj, z licznemi zrostami z okolicznemi narządami i niepodobieństwem wybadania ścisłego, oprócz masy zbitéj, niejednostajnéj i ropnych przetok; 2° ropienia wolnego, ostrego lub przewlocznego w jamie otrzewnowéj miednicy małéj. Widzi w tych przypadkach trudność wykonania wyjęcia przez laparatomiję, a znakomity rezultat w hysterektomii przez pochwę. Przypadki te są wyjątkowemi. Bouilly oblicza 3 na 33. Sądzi wbrew zdaniu Ségonda, że laparatomija ma być wykonywaną w znaczniejszéj liczbie przypadków. I tak łatwiéj jest tą drogą wyjąć schorzołą trąbkę lub jajnik lub obadwa razem, łatwiéj nieraz bardzo rozległe i niebezpieczne zrosty usuwać. W przypadkach wielkich ropni, zawierających do 1 litra ropy, otrzymywał lepsze wyniki z laparatomii. Wogóle uważa tę operacyję za mozolną i trudniejszą, za wyjątkową tylko w razach, jeżeli laparatomija jest niewykonalną, a za niepotrzebną, jeżeli ta ostatnia wystarcza.

Richelot nie zgadza się, jakoby w przypadkach omawianych wyniki wyzdrowienia były lepszemi po wyjęciu macicy przez pochwę, a zejścia niepomyślne rzadszemi, a kwestyję blizny w powłokach brzusznych uważa za białą. Wogóle nie odrzuca hysterektomii przez pochwę, ale żąda ścisłych wskazań i w tem zgadza się z poprzednikiem swoim, i dodaje, że uważa usunięcie macicy za wskazane i w przypadkach krwiaka znacznego.

Bazy zwracając uwagę na funkcyje rodne, dwa rodzaje schorzeń uważa za kwalifikujące się do téj operacyi: 1° Ropienia obustronne mniéj lub więcéj postępujące z gwałtownemi i groźnemi przypadami, w przypuszczeniu, że zbyt osłabiona chora nie zniosłaby laparatomii. 2° W zastarzałych już przypadkach schorzeń, połączonych prawdopodobnie z ropieniem, ale po ścisłem i stanowczem rozstrzygnięciu, że funkcyje rodne już bezpowrotnie ustały. Nadto w przypadkach długotrwałych ropień z przetokami uważa operacyję w mowie będącą za dobrą. Za mało jednak jest jeszcze ogłoszonych przypadków, aby wyniki ich z wynikami po laparatomii porównać można, nie sądzi jednak, aby ta ostatnia dała się zastąpić.

(Posiedzenie 11 marca 1891 r.).

Terillon wykonał dotąd 4 razy tę operacyję ze skutkiem nader pomyślnym, w przypadkach znacznego nagromadzenia ropy w tkankach miednicy małéj. Nie wydaje też jeszcze stanowczego sądu, mniema jednak, że w pewnych przypadkach jest racyjonalną i lepszą od innych, a od laparatomii w ropniach wielkich i rakowatych, połączonych lub nie z zatokami, w *haematosalpinx* i *salpingitis atrophicans*.

Pozzi rozróżniając 3 rodzaje *pyosalpinx*, tj. 1) wolne, 2) pozrastane, ale dające się wyłuszczyć, a 3) wyłuszczyć się nie dające, sądzi, że w pierwszych dwóch rodzajach laparatomija bezwarunkowo wyżéj stoi i jest lepszą od omawianéj operacyi, a w 3 kategoryi nie widzi po stronie wyjęcia macicy przez pochwę żadnych korzyści znaczniejszych. Dodaje nadto, że za pomocą téj operacyi usuwa się i inne obrzęki adneksów, jak przez zapalenie lub zwyrodnienie drobnotorbielowe. powiększone jajniki, *haematosalpinx*, powiększone i zgrubiałe trąbki skutkiem zapalenia miąższowego itd., wszystkie zmiany, dające się daleko łatwiéj, lepiéj i szybciéj usunąć przez laparatomię. Za najlepszy zaś sąd uważa statystykę, w któréj Ségond miał 4 przypadki śmierci na 23 operowane (wyjęcie macicy przez pochwę), Bouilly 4 na 33 lapar., a sam Pozzi 3 na 39 lapar.

(Posiedzenie z 18 marca 1891 r.).

Routier nie wykonywał téj operacyi, ale porównywa rezultaty jéj z wynikami 22 laparatomij przez siebie wykonanych w tym samym czasie i temi samemi wskazaniami wywołanych. Zwraca uwagę na trudności w ścisłem rozpoznaniu schorzeń do téj kategoryi należących w miednicy małéj i na łatwo przydarzające się krwotoki następowe po operacyi przez Segonda podanéj. W każdym razie, sądzi, że wyjęcie macicy przez pochwę jest wskazanem w przypadkach, w których laparatomija jest niemożebną, ale jako próbna wykonaną została.

Lucas Championière zwracając uwagę na znaną dzisiaj ogólnie rzecz, że ropienia w trąbkach i jajnikach mogą być i zazwyczaj są otorbionemi i ściśle zlokalizowanemi, a nie przechodzą na tkaniny sąsiednie, uważa metodę Péana i Ségonda zanadto uogólnioną, a przyznaje jéj racyję bytu tylko w przypadkach ropni rozległych, znanych jako *pelvi-metritis* i *pelvi-peritonitis*, a nie są one znowu tak częste. Z wywodów Segonda wynika, jakoby w tych przypadkach laparatomija dawała złe rezultaty, a tak nie jest. I stanowczo oświadcza się za laparatomiją, sądząc, że nie potrzeba innych metod szukać. skoro ta jest najlepszą. Co do wyników w dłuższy czas po operacyi, tego rozsądzać jeszcze nie można, a twierdzi, że bezpośredni skutek po laparatomii jest lepszym, gdyż z pomocą jéj nietylko otwiera się ropnie, ale się je usuwa całkowicie.

Również zwraca uwagę na częste nieraz trudności w dokładnem rozpoznaniu, co znowu przemawia za laparatomiją, bo ta może być próbna i bez ruszania niczego jama brzuszna łatwo zaszytą, tam zaś usuwa się macicę całą, czego czasam można pożałować.

Terrier uważa również za wyjątkowe przypadki takich ropni, w których wskazanąby była ściśle *hysterektomia vaginalis*. Krytykuje operowanie Seg. w ten sposób w przypadkach nieżytowego zapalenia trąbek, lub zwyrodnienia drobnotorbielowego jajników i tyłopochylenia macicy, które Ségond przytoczył. Tak samo zapatruje się na tę operacyję i w cytowanych przez prelegenta przypadkach *pyo-* i *haematosalpinx*, bez nacieków lub ropienia w otoczeniu, uważając w tych razach wyjęcie razem i macicy za niepotrzebne i niestosowne. Wreszcie w przypadkach *pyosalpinx* połączonéj z *pelvi-peritonitis suppurativa* uważa wskazanie do wyjęcia macicy za słuszne, jednak wykazuje trudności i rezultat Segonda, który na 7 operowanych w tych warunkach 3 stracił, a u kilku operacyi nie dokończył. To jednak uważa za rzecz wprawy i doświadczenia. Bezwarunkowo zaś przypuszcza tę operacyję w razach, jeżeli poprzednio usuniętemi już były *adnexa* przez laparatomiję, a ropienie pozostało, lub się na nowo rozpoczęło.

Reynier uważa omawianą operacyję za znakomitą w warunkach przez Boillyego podanych, a sądzi, że Segond w swych wskazaniach idzie za daleko. Reynier na 32 lapar. miał dwa przypadki śmierci, jeden z shocku, drugi z następstw nader ciężkiéj skomplikowanej *pyosalpinx*, na tych zaś 32 przypadków był tylko jeden, który mógłby się był kwalifikować do wyjęcia macicy przez pochwę.

(Posiedzenie z 25 marca 1891).

Reclus podziela zupełnie zapatrywania Segonda. Uważa, że laparatomija powinna ustąpić miejsca operacyi omawianéj, nietylko w przypadkach ostrego obszernego ropienia w miednicy małéj, bo łatwo mogą pozostać reszty ścian i dać powód nowemu ropieniu, ale i w przewlocznych, ze względu na krwotoki i możność nadwerężenia jelit, w razie licznych zrostów. Również nie zgadza się ze zdaniem poprzedników, że w przypadkach *pyosalpinx* ze zrostami lepszą jest laparatomija, bo usunięcie zupełnie schorzałéj części nie daje się łatwo i zawsze wykonać, a grozi niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnéj. W przypadkach *ovaro-salpingitis* o nie wielkich rozmiarach uważa laparatomiję za lepszą, bo nie można z góry dokładnie się przekonać, czy nie dałoby się uratować jakiejś zdrowéj części organu.

Segond dziękuje za dyskusyję a co do zarzutów stara się je usunąć i prosi o cierpliwość co do wyników dalszych, o których jest pewnym, że się okażą pomyślnemi.

Bazy zaleca tę operacyję w przypadkach przetok ropnych, nie dających się innym sposobem usunąć. (*Gazette des Hôpitaux* Nr. 26, 1891). *Dr. Harajewicz.*

Medycyna sądowa.

Ebertz (Weilburg): **Uszkodzenia po rażeniu piorunem.**

W sierpniu r. 1888 uderzył piorun w szopę drewnianą we wsi niedaleko Tybingi położonéj, i zranił 18-stu wieśniaków, którzy do szopy téj przed burzą się schronili byli a dwóch zabił. Z zabitych jedne zwłoki poddano oględzinom i sekcyi, któréj wynik jak zwykle w takich przypadkach był ujemnym. Uderzały tylko objawy następujące: silne stężenie pośmiertne i płynność czarnéj krwi. Płuca okazywały znaczne przekrwienie. toż samo oskrzela, pod opłucną liczne, świeże wynaczynionki. Mózg niedokrewny, zatoki żylne opon mocno krwią ciemną płynną wypełnione.

Obrażenia cielesne przez piorun zdziałane zależą od tego, czy siła elektryczna zamieni się w ostatniéj chwili w siłę mechaniczną czy też w ciepło. W pierwszym razie działa tak wstrząsająco na narząd nerwowy centralny, iż go zupełnie niezdolnym do pracy czyni lub upośledza go tylko chwilowo; w drugim razie wywołuje oparzenia różnego stopnia. Osoby rażone piorunem, które autor spostrzegał, wyjąwszy jednę, nie pamiętały zajścia wcale; zaraz po katastrofie były w stanie śpiączki, poczem nastawało znaczne pobudzenie i znowu śpiączka lub zdrowy sen. Nerw wzro-

kowy był w dwu przypadkach chwilowo zajętym, znieczulenie kończyny chwilowe w jednym przypadku, zaparcie stolca prawie we wszystkich. W jednym przypadku wytworzył się stan gorączkowy, a badanie wykazało rozległy świeży nieżyt oskrzelowy i obrzęk ostry płuca, z powodu którego zastosowano wenesekcyję. Nieżyt ten oskrzelowy wystąpił za zadziałaniem piorunu, który zatem stał się tu bodźcem zapalnotwórczym.

W jednym przypadku, w którym istniała ciąża w 7-ym miesiącu, poronienie nie nastąpiło. We wszystkich prawie przypadkach istniały figury piorunowe na skórze, powstające przez działanie iskry drzewiasto wśród rozładowywania się rozsypującéj. (*Deut. med. Wochenschrift* 1891, Nr. 36).

Dr. Wachholz.

Medycyna wewnętrzna.

Biegański: **W sprawie leczenia zapalenia opłucny przetworami salicylowemi**

Ponieważ zdania co do wartości leczniczéj przetworów salicylowych w zapaleniu opłucny są jeszcze bardzo sprzeczne, przeto autor na podstawie bardzo licznych badań podaje następujące uwagi:

1) W zapaleniu opłucny ropnem środek ten wcale nie działa. 2) Najpewniejsze skutki lecznicze osiągnąć można w świeżych przypadkach zapalenia opłucny. 3) W przypadkach zapalenia opłucny przebiegających z gorączką przetwory te pewniéj działają, aniżeli w przypadkach bezgorączkowych. 4) Przetwory salicylowe działają tylko w przypadku zapalenia opłucny pierwotnego, w przypadkach zapalenia następowego nie działają wcale, chyba, gdy to zapalenie następowe przystępuje jako powikłanie gośćca. 5) Silne poty, darcie i łamanie członków, które w przebiegu zapalenia opłucny czasem występują, stanowią najważniejsze wskazanie do użycia przetworów salicylowych, ponieważ właśnie w takich przypadkach skutek jest bardzo szybkim i bardzo wybitnym. (*Nowiny Lek.* 1890, Nr. 11.). *Dr. Süsskind.*

Choroby weneryczne i skórne.

Lustgarten (Nowy York): **Przyczynek do teoryi pierwotnéj przyczyny śmierci wskutek oparzenia.**

Objawy kliniczne występujące po upływie pewnego czasu od oparzenia, poczynające się od ziewania, odbijania, wymiotów, niepokoju coraz to wzmagającego się, miernego rozszerzenia lub zwężenia żrenic, niemiarowości toru oddechowego, przerywanego od czasu do czasu kurczowo głębokiemi oddechami a kończącego się sennością, bezprzytomnością, zwiotczeniem mięśni, wreszcie śmiercią, przemawiają wielce za tem, iż przyczyną ich jest zatrucie istotą podobną do alkaloidów z działania farmakodynamicznego. Istota ta wywołuje najpierw zadrażnienie narządu nerwowego, a następnie go poraża. Istotą tą zdaje się być zdaniem autora jakiś ptomain, względnie toxalbumin z gnicia tkanki obumarłéj z powodu oparzenia powstały. Objawy te występują najczęściéj tam, gdzie oparzenie wywołało nekrozę tkanki bez zwęglenia jéj, gdzie zatem tkanka ta może stanowić doskonałe podłoże dla rozwoju gnilnych drobnoustrojów po części z otoczenia się dostających, po części w głębi gruczołów skórnych zachowanych przed zabójczem działaniem gorąca. Wyciąg, otrzymany przez autora z tkanki wskutek oparzenia obumarłéj, dawał odczyny toksynom właściwe, nie działał jednak trująco na zwierzęta, zapewne z powodu zbyt małych ilości.

Że objawy powyższe pochodzą od zatrucia jakąś zasadą gnilną, przemawia i ten fakt, iż one dopiero po upływie pewnego czasu występują, mianowicie wtedy, gdy w dostatecznéj ilości zasady te się wytworzą. Autor sądzi, iż ptomainem wywołującym te objawy jest jedna z istot pochodnych choliny, a więc neuryna lub muskaryna. A ponieważ antagonistą muskaryny jest atropina, podawał autor w jednym przypadku, gdzie już objawy te złowrogie, jak ziewanie i wymioty wystąpiły, atropiną przez dwa dni, poczem objawy te ustąpiły i chora została przy życiu utrzymaną. W końcu swego bardzo ścisłego i treściwego wykładu oświadcza się autor za leczeniem oparzeń, cechujących się obumarciem tkanki bez zwęglenia, środkami przeciwgnilnemi i osuszającemi, któreby odbierały wilgotność tkance obumarłéj, tem samem czyniły ją niezdolną do rozwoju mikroorganizmów. — Z środków przeciwgnilnych oświadcza się autor za jodoformem, który według doświadczeń Behringa wstrzymuje powstawanie ptomainu, zwanego kadawerynem. Wreszcie w chwili wystąpienia owych złowrogich objawów zaleca autor oddzielenie tkanki obumarłéj w drodze chirurgicznéj. (*Wiener klin. Wschrft*, 1891, Nr. 29.) *Dr. Wachholz.*

V. Przyczynki do epidemijologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Równocześnie czerwonka dziesiątkowała pielgrzymów, którzy zdołali ujść cholerze w Mekce. Przykłady te potwierdzono w El-Thor i na posterunku sanitarnym w Ain-Zadeka pośród pątników powracających do Damaszku. Zdobyliśmy takie przekonanie, że w miejscach, gdzie panuje zimnica, mianowicie powikłana groźnemi objawami, jak np. w okolicach przybrzeżnych Szat-el-Arab lub na wybrzeżu syryjskiem, tam w czasie szerzenia się cholery zimnica znikała zupełnie. A jeżeli i można było zauważyć jéj przypadki, to zawsze bardzo łagodne i z jednorazowym tylko napadem stanowczo ustępującym po zastosowaniu odpowiedniego leku.

Wykazawszy już źródła pochodzenia cholery, sposób i zwykłą drogę jéj przerzutu do posiadłości otomańskich, uwydatnię i to jeszcze, że w czterech jéj epidemijach występujących pod tak różnym stopniem geograficznéj szerokości, wyróżniliśmy przypady cholery właściwe jéj postaci indyjskiéj, a w innych znowu punktach objawy łagodniejsze tak zwanéj cholery „*nostras*“. Spostrzeżenia przeprowadzone nad samą energiją zarazy, jéj szybkim rozwojem, liczbą przypadków i wreszcie więcéj lub mniéj znaczną śmiertelnością, pozwalają wyrazić zdanie, że i tutaj mieliśmy do czynienia z dwiema odmianami zarazy. Zdanie też przypuszczające jedną jéj tylko postać, temat broniony z takim talentem i wytrwałością przez znakomitych uczonych, pomimo, że na jego poparcie użyto nawet takiego dowodu, jak podobieństwo laseczników Finklera i Priora do żyjątka przecinkowego, odkrytego przez Kocha, nie da się już dziś utrzymać i należy je odnieść do roczników medycyny. Samo bowiem podobieństwo nie jest jeszcze przekonywającym faktem. Tem zaś mniéj, że dzięki pracom bakteryjologicznym mamy już wykazaną różnicę morfo- i bijologiczną dwóch tych żyjątek. Różnicę tę potwierdziły już dawno i badania kliniczne, wykazujące, że dwie te chorobotwórcze jednostki, jakkolwiek podobne, różnią się jednak od siebie, że choć należą do jednego rodzaju, to przecież posiadają zdolność wywoływania odmiennych zmian patologicznych i że wreszcie nieprzeobrażają się jedna w drugą. W istocie też, jeżeli u osobników wycieńczonych, źle odżywionych, doszłych do stopnia fizyjologicznéj ruiny, postać zwana „*nostras*“, może wywołać objawy podobne do cholery indyjskiéj i sprowadzić nawet fatalne zejście, to nigdy jednak nie zdołaliśmy zauważyć ani tak gwałtownych napadów, zabijających w ciągu kilku godzin osoby silne i dotąd stosunkowo zdrowe, ani téj zdumiewającéj cyfry śmiertelności, szybkiego i piorunującego prawie rozwoju zarazy, jakie zanotowaliśmy w przebiegu epidemii cholery na tureckim wschodzie, każdym razem, gdy niepodobna było wątpić, że zarazę przeniesiono z Indyj.

Jeżeli z pola teoryi przeniesiemy się teraz do legowisk nieszczęśliwych ofiar naszych epidemij, to spotkamy tu obraz patologiczny, również ujęty w bardzo cechujące ramy. Temi ostatniemi zaś są to sposoby przebiegu samych napadów cholery. Od postaci klinicznych wyróżniają się one stanowczo. I w jakiejkolwiek miejscowości się je obserwuje, w téj czy innéj porze roku, zawsze i wszędzie cechowały się niezwykle szybkim przebiegiem. Nigdzie siła ich nie rozwijała się stopniowo; prawie zupełnie nie poprzedzała ich biegunka; nie

rozpoczynały się one od objawów właściwych tak zwanéj cholerynie, aby następnie i po upływie pewnego okresu czasu przejść w postać asfiktyczną. Przeciwnie napady cechowały się gwałtownością, chorzy padali jakby rażeni piorunem. Niekiedy tylko napad rozpoczynał się od wielkiéj utraty części płynnych, oddalając się od typu klasycznego, w którym przyjęto za pewnik, że wymioty występują dość późno i zawsze po biegunce. W naszych epidemijach wymioty i biegunka, bardzo obfite i burzliwe, występowały zwykle jednocześnie. Bóle żołądka i brzucha towarzyszyły im stale. Szereg ten powiększały jeszcze bóle w okolicy serca; bolesne kurcze w kończynach górnych i dolnych, upadek sił i sinica, objawy występujące szybko i przebiegające również gwałtownie. To też te tak obfite straty płynów ustrojowych sprowadzały prędko takie objawy jak zgęszczenie krwi, powstrzymanie jéj odnowienia, z nieuniknionem porażeniem serca.

W małéj tylko liczbie przypadków można było zauważyć, że napad rozpoczynał się od nie zbyt obfitych wymiotów i biegunki, nie przedstawiających nic groźnego, a pomimo to zakończonych niepomyślnie. Obok tych objawów można było za pomocą wypuku wyśledzić naciek i nagromadzenie się płynów w jelitach wtedy nieco rozszerzonych (cholera sucha Pacciniego). Takie to przypadki były najgroźniejszemi. W obec takiego szeregu objawów zradza się pytanie: dlaczego w pewnych ciężkich przypadkach sprawa choleryczna przedstawia znaczną utratę płynów ustrojowych i zgęszczenie krwi, podczas gdy w innych razach widzimy tylko wybitny obraz zakażenia? Opierając się na doświadczeniach Cantaniego i Finklera, możemy przypuścić, że w tych razach odgrywają tu rolę dwa pierwiastki chorobowe sobie nieprzyjazne, tj. wykłuwanie się niezmiernéj liczby bakteryj, wytwarzane przez nie „toksyny“ itp., czego pierwszem następstwem bywa biegunka, a z drugiéj strony odporność ustrojowa na przyswojenie się pierwiastka chorobotwórczego. Jeżeli więc inwazyja zarazka jest bardzo silna i gdy tylko sprzyjają mu pewne okoliczności, wtedy i całe położenie wypadnie na niekorzyść zajętego ustroju. Prócz powyższych przyczyn zacytuję jeszcze i zdanie profesora Virchowa, utrzymujące, że mocznica jako następstwo miąższowego zapalenia nerek, obok nieżytu pęcherza, są zwykłemi objawami cholery azyjatyckiéj i że one także w przebiegu zakażenia odgrywają bardzo czynną rolę. Być może, że gdy z czasem i przy wschodnich posterunkach sanitarnych będziemy posiadali możność przeprowadzenia badań anatomo patologicznych, wtedy i potwierdzenie zdania uczonego badacza stanie się i dla nas dostępniejszem. Wtedy także uda się sprawdzić zmiany, jakie zachodzą we krwi i moczu cholerycznych, zadanie dotąd jeszcze nie wystudyjowane. Na teraz więc dodam tylko, że ta odporność ustrojowa na podrażnienie wywołane przez wykłuwające się bakteryje pod względem jakości wydzielin jest nieporównanie większą u mieszkańców Wschodu, aniżeli u europejczyków. Być może, że jest to następstwem rodzaju ich pożywienia, zawierającego więcéj skrobi i bardziéj roślinnego. Ztąd też zwykłe środki stosowane w celu powiększenia ruchu robaczkowego jelit i zwiększenia ich wydzieliny, a zatem leki drażniące i czyszczące, na Wschodzie należałoby podawać w dawkach podwójnie większych, aniżeli to ma miejsce w Europie.

Gdy więc ludność tureckiego wschodu tak już często jest dziesiątkowaną przez plagę indyjską, gdy postrach przed nią, a i znaczna liczba fatalnie kończących się przypadków głęboko zarysowały się w pamięci każdego, rzecz prosta, że i kwestyja, czy pierwszy napad cholery zabezpiecza i czyni ustrój niepodatnym na ponowne jéj przyswojenie się, każdym razem stawała na porządku dziennym, będąc polem domysłów, przypuszczeń, a często i fachowych rozpraw. Według możności postaram się na to odpowiedzieć. Wiadomo z doświadczeń, że zakażenie choleryczne u osobników mało do niego usposobionych ogranicza się do wywołania lekkiéj biegunki, zawierającéj jednak właściwe bakteryje i jako takiéj, mogącéj stać się wstępem do zakażenia groźniejszego, lecz tylko u osób usposobionych. Gdyby tedy pierwszy napad cholery znosił skłonność do powtórnego jéj ulegnięcia, to osoby wyleczone z lekkiéj cholerycznéj biegunki powinnyby pozostać zabezpieczonemi od ponownego napadu cholery, a to przynajmniéj na czas trwania tejże saméj epidemii. Fakta wszakże przekonywają, że rzecz ta ma się zupełnie inaczéj. Często bowiem wstępne te niejako biegunki, powtarzają się u tegoż samego osobnika w przerwach zupełnie nie regularnych, a niekiedy nawet sprowadzają śmierć, pomimo, że typowy napad choleryczny do pewnego stopnia zdawał się być zamaskowanym. Ten to pewnik powinien nieco ochłodzić gorliwość tych, co usiłowali zabezpieczyć od cholery ustrój człowieka drogą wstrzykiwań, wprowadzając doń pewne kultury, z płynów pochodzących od cholerycznych.

Przejdźmy teraz do rozpatrzenia kwestyi ochronnego działania przeciwko dostawaniu i rozwlekaniu się cholery, do usiłowań nad jéj umiejscowieniem, a przynajmniéj możebnem powstrzymaniem szerzenia się jéj na dalsze przestrzenie. W Turcyi spełnienie tego ważnego zadania powierzono najwyższéj radzie zdrowia w stolicy i urzędom sanitarnym na prowincyi, wzmacnianym pośrednictwem władz i siłą zbrojną, lecz na nieszczęście tylko w razie, gdy zaraza zbliżyła się do naszych podwoi i niebezpieczeństwo stało się widomem dla każdego.

Odkrycie Kocha udowodniło, że przyczyną wywołującą sprawę choleryczną są bakteryje przecinkowe, najpierwszem więc usiłowaniem byłoby przeszkodzenie ich przedostaniu się. Nie posiadając jednak żadnego środka do powstrzymania samych bakteryj, powstrzymuje się podróżnych ludzi i rzeczy, z któremi zarodek się przenosi. W tym celu ustalamy łańcuchy straży sanitarnych a podróżnych podajemy obserwacyi w posterunkach kwarantanowych. Jakkolwiek podług bardzo poważnych zapatrywań lekarzy angielskich zarazek choleryczny dostaje się drogą prądów powietrznych, lub też oparłszy się wyschnięciu, przechodzi w stan trwały tak zwanych *„restings-spores“*, to raz jeszcze powtórzę, że do naszego ustroju zdrowotnego, teoryi téj nie można zastosować. Do nas bowiem cholera dostaje się nie tyle drogą prądów powietrznych, ile za pośrednictwem podróżnych i ich rzeczy. Ztąd więc łańcuchy sanitarne i wszystkie środki ochronne, objęte nazwą kwarantanowych, mają racyję bytu we wschodnich warunkach zdrowotnych. Widzieliśmy wprawdzie zarazę wykłuwającą się na miejscu w pewnych oznaczonych okolicach, ale tylko w takich, gdzie cholera grasowała już poprzednio i gdzie ponowny jéj wybuch prawdopodobnie zawdzięczał swe powstanie przetrwaniu zarazka w swéj złagodzonéj tylko sile i powrotowi jego do nowego działania pod wpływem warunków klimatycznych czysto miejscowych.

Zachodzi jednak pytanie, czy przybyłego do posterunku sanitarnego podróżnego, jako pochodzącego z miejsc zakażonych, należy poddawać kwarantannie? Bezwątpienia, że tak, jeżeli tylko uda go się ująć przedtem, nim zdoła zetknąć się z osobami pochodzącemi z miejscowości jeszcze nie zakażonych. Lecz gdy to zetknięcie się miało już miejsce, to do czego może posłużyć sekwestracyja osoby, któréj choroba już mogła znaleść sposobność przerzucenia się na innych mieszkańców. Niemniéj jednak i pomimo, że ten przybyły nie jest jeszcze chorym, zawsze pozostaje wskazanem i praktycznem oddzielić go, zwrócić nań całą uwagę, jako pochodzącego z miejsc zakażonych, z obawy, ażeby po niejakim czasie i on nie uległ chorobie i nie stał się zarzewiem ku dalszemu jéj rozwleczeniu się.

Dla przeszkodzenia zarazie zakorzeniania się w pewnéj miejscowości i choćby nawet pierwiastek chorobotwórczy już się tam dostał, staramy się skierowywać nasze środki ochronne przeciwko przyczynom wywołującym i pośredniczącym. Znamy je dziś dość dokładnie, dzięki poszukiwaniom mikrobijologicznym. Staramy się więc o polepszenie warunków hygijenicznych, o dobrą wodę do picia; czuwamy (o ile to na Wschodzie można przeprowadzić) nad jakością produktów żywności i t. d. Lecz pomimo wytrwałych usiłowań zadanie to zwykło dawać najniewdzięczniejsze rezultaty. Wprowadzając w czyn przepisy dążące do powstrzymania postępu cholery, gdy takowa już wybuchła w pewnéj miejscowości, spotykamy się tu znowu z inną ważną kwestyją, mianowicie

zapoznania się z przyczynami, jakie sprowadzają znikanie cholery po niejakim czasie? Zadanie to jest wielkiéj doniosłości dla wschodnich stosunków epidemicznych. Sięga bowiem do zamiaru odkrycia pewnych tajemnic natury, których ujęcie, ocenienie i umiejętniejsze od dotychczasowego zwalczanie może i pozwoli kiedy przyspieszyć koniec każdéj epidemii. (C. d. n.).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 października. Zwracamy uwagę na ogłoszony konkurs na posadę III asystenta przy klinice chirurgicznéj. Dzięki usilnym staraniom prof. Rydygiera zezwoliło Ministerstwo wyjątkowo na utworzenie téj posady, która wprawdzie jest bezpłatną, jednak prof. Rydygier, jak się dowiadujemy, zamierza ją dostatecznie wyposażyć, jeżeli się znajdzie kandydat, któryby warunkom odpowiadał, t. j. któryby poprzednio był pracował w anatomii patologicznéj i był dobrze obeznany z badaniem histologiczno-patologicznem. Posada III asystenta jest bowiem w tym celu ustanowiona, żeby przy klinice był asystent, któryby się zajmował badaniem anatomo-patologicznem, ewentualnie i bakteryjologicznem rozmaitych spraw chorobowych, jakie właśnie chorzy do kliniki przyjęci przedstawiają, oraz ażeby tenże asystent był profesorowi specyjalnie pomocnym w badaniach naukowych. Asystentów takich ma każda klinika we Francyi (*chef du laboratoire*), a w Niemczech są tak zw. „*wissenschaftliche Assistenten*“. Kiedy nasza klinika doczekała się porządnie urządzonéj pracowni, to przecież znajdzie się dość młodych lekarzy, którzyby chcieli i umieli pracować w tym kierunku i zająć ogłoszoną posadę. Zresztą dowiadujemy się, że prof. Browicz gotów jest każdego czasu przyjąć młodych lekarzy jako wolontaryjuszów w swoim zakładzie, gdzieby mogli uzupełnić swoje wiadomości anatomo-patologiczne i nabyć tyle potrzebnéj każdemu lekarzowi biegłości w badaniu.

* Dr. Ferdynand Obtułowicz, od lat wielu nasz współpracownik, dotychczas lekarz powiatowy w Buczaczu, przeniesiony został jako lekarz powiatowy do Lwowa. Obejmie on nową swą posadę z d. 1 grudnia r. b. i mieszkać będzie przy ulicy Wałowéj, 7.

* W tygodniu 41-tym (od 11 do 17 października) było w Krakowie małżeństw 11, urodzin 60, skonów 73; z tych z zapalenia płuc 14, z nieżytu żołądka i jelit 9, z dławca i błonicy oraz z gruźlicy po 8, z odry 3, z duru brzusznego 2.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu odbytem dnia 20 października Izba poselska Rady Państwa we Wiedniu przyjęła w drugiem i trzeciem czytaniu wniosek o utworzenie Izb lekarskich. Sprawa ta tak ważna dla stanu lekarskiego nareszcie załatwioną została zgodnie z życzeniem większości lekarzy, powiadamy: załatwioną, bo nie ulega żadnéj wątpliwości, że zgodzi się na nią i Izba wyższa i że ustawa uzyska sankcyję najwyższą, gdy reprezentanci rządowi za przyjęciem jéj przemawiali w Izbie. Liczba i siedziba Izb lekarskich oznaczoną zostanie przez Rząd w drodze rozporządzenia. Każda Izba składać się będzie z 9 członków, wybrać się mających przez lekarzy pewnego okręgu kartkami, które wyborcy opatrzą podpisami swemi i prześlą Władzy politycznéj. Wybór ważny jest na 3 lata, a bez ważnych powodów niewolno wyboru nie przyjąć. Ważnym takim powodem jest ukończony rok 60-ty życia. Izba wybiera z pośród siebie prezesa i jego zastępcę, oraz 3—7 członków przełożeństwa, którego rzeczą jest utrzymywać ewidencyję lekarzy praktykujących, kierować obradami, czuwać nad czynnościami do Izby należącemi i załatwiać takowe; jest zarazem radą honorową we wszystkich osobistych sprzeczkach, oraz skargach wytoczonych przeciw lekarzom do Izby należącym.

Wdowa po prof. Bambergerze w testamencie swoim przeznaczyła sumę 10.000 złr. dla kolegijum doktorów medycyny na stypendyja dla biednych a zdolnych uczniów medycyny we Wiedniu bez różnicy narodowości i wyznania. Zmarły zaś niedawno radzca dworu prof. Wedl cały swój majątek, 100,000 złr. wynoszący, przekazał Akademii Umiejętności we Wiedniu.

* Wniosek względem utworzenia Izb lekarskich w Przedlitawii przez Izbę poselską przyjęty został bez zmian.

* **Berlin**. Prof. Helmholtz przy sposobności ukończenia 70-go roku życia mianowany został rzeczywistym tajnym radzcą z tytułem ekscelencyi, o którem to odznaczeniu Cesarz własnoręcznym listem doniósł sławnemu fizykowi.

* **Warszawa**. Redaktorem „Pamiętnika Tow. lek. warsz.“ na nadchodzące trzechlecie wybrany został Dr. Maryjan Jakowski.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. D. 19 bm. nowo mianowany profesor chirurgii w Uniw. czeskim Dr. Karol Maydl miał wykład wstępny. Uniwersytetowi czeskiemu powinszować należy nabytku jednego z najcelniejszych młodszych chirurgów, a ucznia prof. Alberta we Wiedniu.

* **Nekrologija**. W Grazu umarł po dłuższéj chorobie Dr. Adolf Schauenstein, profesor medycyny sądowéj tamże i b. rektor Uniwersytetu. Urodzony w Wiedniu dnia 4 grudnia 1827 uzyskał tamże w r. 1851 dyplom doktora. Późniéj był przez jakiś czas asystentem Rokitańskiego i chemikiem sądowym we Wiedniu, w r. 1863 mianowany został prof. zwyczajnym medycyny sądowéj w Grazu. Oprócz kilku prac mniejszych napisał podręczniki medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj, oraz kilka rozdziałów w dziele zbiorowem Maschki. — Dnia 23 bm. umarł we Wiedniu nadzw. prof. fizyjologii Dr. Ernest Fleischl-Marxow w 46 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 10: Pruszyńskiego: O zatruciach ustroju przez zasady organiczne zwierzęce; Hewelke'go: O kwestyi powikłań płucnych w malaryi. — W *Gazecie Lek* Nr. 43: Wspomnienie pośmiertne Dra A. Baranieckiego; Gajkiewicza: O akromegalii; Barącza: Uciskadło kiszkowe Oderfelda a uciskadło Makinsa; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (dok.). —

Szanownym naszym współpracownikom przypominamy, że odbitek osobnych z prac umieszczonych w „Przeglądzie Lekarskim“ dostarczamy tylko tym szanownym Kolegom, którzy przesyłając rękopism, na tymże wyrażają życzenie swoje otrzymania odbitek i ich liczbę. Zgłaszaniom się późniejszym zadość czynić nie możemy, ponieważ wypadałoby w takim razie artykuł złożyć na nowo, co bez wielkiego kosztu obejść się nie może. Oświadczenie to podajemy nie po raz pierwszy i dlatego sądzimy, że szan. współpracownicy powinni nas mieć za wytłumaczonych, że nie odpisujemy i nie tłumaczymy się z niedostarczenia odbitek, jeżeli żądanie nie było wyrażonem na rękopiśmie, lecz objawionem dopiero po ukazaniu się odnośnego artykułu w „Przeglądzie Lek.“.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4 listopada b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Colleg. physic*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Rydygier: Demonstracyja chorych, 2) kol. Momidłowski wykład p. t. „Z dziedziny hysteryi“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 7 Listopada 1891. Nr. 45.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjalogiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przypadek rozdwojenia n. wzrokowego wraz z czerniakiem wyrostka rzęskowego. (*Coloboma n. optici et melanoma proc. ciliaris*).

Spostrzegał Dr. J. Talko.

W r. z. w Lublinie zgłosił się do mnie p. Wróblewski, dozorca opałowy przy warsztatach kolei Nadwiślańskiéj, wraz z dwoma nieletnimi synami, prosząc o poradę dla nich z powodu osłabionego od urodzenia wzroku.

Starszy chłopiec 12-letni gimnazyjalista, u którego wykryłem tylny garbiec w obu oczach, miał M $^1/_7$.

Przedmiotem szczególnego mego badania był młodszy syn 5-letni. Matka podczas brzemienności miała jakieś wielkie zmartwienie. Chłopiec od urodzenia miał bardzo upośledzony wzrok; na zapalenie oczu nigdy nie cierpiał. Tyle co do anamnezy.

Oczy chłopca były różnobarwne, lewa tęczówka szara, prawa miała zabarwienie brunatne. *Nystagmus horizontalis utr. et strabismus conv. oculi dextr.* Prawem liczył palce na 2′, wzrok lewego nieco lepszy, ściśle jednak trudno było go oznaczyć z powodu przestraszenia się małego pacyjenta. Środki łamiące oczu zachowały swą prawidłową przeźroczystość. Tarcza n. wzrokowego przedstawia się nieco poprzecznieowalną, ciemno-błękitnego koloru, otoczona białą obwódką, w prawem oku ze złogami barwika; naczynia siatkówki kończą się przy brzegu wklęśniętych tarcz haczykowato, jedno tylko daje się widzieć na powierzchni lewéj tarczy. Wogóle w obu oczach skonstatowałem klasyczne rozdwojenie nn. wzrokowych, *(Coloboma nn. opticorum)*, jakich już nie mało mamy w literaturze oftalmicznéj. Dodać muszę, że nie znalazłem przytem najmniejszego śladu t. z. *arteria hyaloidea persistens.*

Dotąd nic osobliwego, ale na co głównie zwracam uwagę szan. pp. Kolegów, to na dalszy opis tego ciekawego spostrzeżenia. Godnem uwagi było nadto coś anormalnego w prawem oku, a co obserwowałem po raz pierwszy w méj praktyce okulistycznéj. Komunikuję fakt ten tem chętniéj, iż jestem przekonany, że któryś z doświadczonych pp. Kolegów zechce poczynić w téj mierze swoje uwagi lub podać wskazówki.

Już przy oftalmoskopowaniu w prostym obrazie można było widzieć jakąś czarną, ograniczoną wyniosłość odpowiednio do wewnętrznego, nosowego równika soczewki. Przy wziernikowaniu z boku, od strony skroniowéj, przy skierowaniu gałki ocznéj ku wewnątrz, uwidoczniało się, jak okazuje załączona tu rycina, czarne, okrągłe ciało, o gładkiéj po-



wierzchni, wielkości przeszło 2 mm., siedzące niby na szerokiéj szypułce i wyrastające po za tęczówką z okolicy rzęskowéj; ciało to było nieruchome i zdawało się dotykać brzegu równikowego a nawet obwodowego brzegu tylnéj powierzchni soczewki. Sądząc z koloru i umiejscowienia, nie przypuszczałem wypocinowo zapalnego charakteru zboczenia, sądziłem raczéj, że obserwowany czarny guzik najprawdopodobniéj nie był niczem innem, jak tylko przerostem wierzchołka jednego z wyrostków rzęskowych, pod postacią t. zw. wrodzonego czerniaka, wcale nie powiększającego się i nie zagrażającego oku.

Przyznaję, że nic podobnego dotąd nie widziałem był w 30-letniéj praktyce lekarskiéj, ani też nie czytałem, chociaż kazuistyka kolobomatu tarczy n. wzrokowego i jego pochwy dobrze mi jest znaną. Nie umiem zresztą powiedzieć, czy taka wrodzona rozwojowa wada wyrostków rzęskowych bywa tylko powikłaniem kolobomatu n. wzrokowego, czy też może zdarzać się i samodzielnie bez innych wad rozwojowych gałki ocznéj. Literatura oftalmiczna poucza nas, że przy kolobomacie n. wzrokowego jednocześnie obserwowano rozdwojenie naczyniówki i tęczówki, *nystagmus* (jak i w naszym przypadku), małooczność (M a g n u s), *art. hyaloidea persistens et canalis Cloqueti* (B a y e r). — Prof. M a n z

w ciekawym swym artykule, „o wrodzonych kolobomatach n. wzrokowego“ (*Archiv. für Augenheilkunde* XXI Band, I. Heft, 1891) twierdzi, iż w oczach królika i zająca przy rozdwojeniu pochwy n. wzrokowego wykrył wychodzącą z niego *art. hyaloidea persistens*, która, jak stwierdziła autopsyja, dochodziła u królika do polarno-tylnéj zaćmy, w oku zaś zająca rozszerzała się w ciałku szklannem guziczkowato, z torbielowatemi zawartościami. W jednym przypadku kolobomatu n. wzrokowego u człowieka, przy pośmiertnem badaniu gałki ocznéj, Manz znalazł *foramen sclerae posticum* znacznie rozszerzone i przestrzeń między nerwem a twardówką wypełnioną areolarną tkanką; w téj ostatniéj wykryto makro i mikroskopijnie mnóstwo luk resp. torbieli, wysłanych śródbłonkiem i łączących się z sobą lub oddzielonych od siebie cienkiemi przegródkami, największy torbiel leżał pod samą twardówką. Słusznie zwraca uwagę autor, że podobne torbiele, pochodzenia też embryjonalnego, rozrastając się, mogą wytworzyć t. zw. zwyrodnienie torbielowe embryjonalnéj gałki ocznéj i stać się powodem kilkakrotnie opisywanego przezemnie i innych wrodzonego surowiczego torbiela pod dolną powieką przy małooczności (czyli kolobomatu torbiela gałki ocznéj).

Oto wszystkie znane mi z literatury powikłania w kolobomacie n. wzrokowego. Obserwowanéj przezemnie zmiany czy też wady rozwojowéj w przyrównikowéj okolicy soczewki, a wychodzącéj z wyrostków rzęskowych (właściwie z jednego) dotąd nie udało mi się u nikogo odszukać. Czy w widzialnym czarnym guziku, wyrastającym z okolicy rzęskowéj w kierunku ciałka szklannego była tkanka zbita, czy też zawartość torbielowata, orzec niepodobna bez anatomicznego badania. W każdym razie jest to zmiana oka dotąd nieopisana, przeto zasługuje, aby ją podano do wiadomości lekarskiéj. Dodam tylko, że małego pacyjenta badałem dwa razy i to dość krótko w liczbie wielu chorych, którzy ambulatoryjnie zgłaszali się do mnie o poradę, podczas chwilowego pobytu mego w Lublinie.

Na zakończenie jednak opisu tego spostrzeżenia wspomnieć muszę, iż Vassaux (1883) obok *membrana pupillaris perserverans* i *art. hyaloidea persistens*, łączącéj się z tylną torebką soczewki, znalazł obustronnie, jak pokazuje rysunek rozkroju przedniéj części wyłuszczonéj gałki, na tylnéj powierzchni téj ostatniéj leżące znacznie wydłużone, płasko kończące się wyrostki rzęskowe (może pozostałości błony tylno kapsularnéj?), prawie dochodzące do tylnego bieguna soczewki (patrz: Dr. Beck. *Persistent Remains of the foetal hylaoid artery. Cincinnati* 1890, str. 8 i 50; rycina fig. 1 na 1éj tablicy, a także: *Archives d'Ophthalmologie*, Vol. III, p. 502, tab. VI, 1883). Naturalnie tak nieprawidłowo wydłużone wyrostki rzęskowe łatwo mogły być widzialne po za soczewką przy wziernikowaniu w postaci wieńca ciemnych wierzchołków wyrostkowych, jeśliby temu nie stawiała przeszkody utrzymująca się błona źreniczna.

Jeśli podobne wydłużenia lub przerosty obserwowano na wszystkich wyrostkach rzęskowych (prócz Vassauxa, porównaj jeszcze przypadki Haaba z r. 1878 i Braileya z r. 1876), to nic podobnego nie spostrzegano dotąd na jednym wyrostku, jak to było w moim przypadku.

Jarosław n./W. 18 lipca 1891.

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

IV.

Leczenie przez konofała-chirurga.

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz miejski w Krakowie.

Jakób S., parobek 20-letni, wyprowadzał konia ze stajni, mając uzdę założoną na przedramię prawe; koń szarpnął się w tył i „zepsuł“ Jakóbowi rękę w łokciu tak, że jéj więcéj zgiąć nie mógł i nosił wyprostowaną ku dołowi zwieszoną. W pewien czas potem udał się Jakób o poradę lekarską do konofala Ignacego Ł., który w całéj okolicy miał sławę zręcznego naprawiacza złamań i zwichnień. Do specyjalisty tego udał się w towarzystwie Maryjanny G., która obserwowała dokładnie procedury lecznicze, a nadto po powrocie do domu opowiadał Jakób o sposobie leczenia tak, że okoliczności ważne w przypadku niniejszym są należycie zeznaniami świadków stwierdzone.

Podczas pierwszéj konsultacyi wysmarował Ł. choremu łokieć maścią, owinął szmatami i polecił zgłosić się za kilka dni, dał mu nadto maści téj saméj, aby sobie sam rękę smarował. Przy drugiéj konsultacyi oprawił mu Ł. rękę w łupki, które chory nosił przez 2 czy 3 tygodnie zadowolony z przebiegu leczenia, gdyż bólów nie doznawał, ręki jednak zginać nie mógł w łokciu tak samo jak przedtem i nosił ją na dół zesztywniałą. Stan ten trwał przez kilka miesięcy, po upływie których, około listopada, upadł Jakób w lesie i potłukł sobie sztywną odnogę tak, że w skutek bolu szukał pomocy lekarskiéj u doktora medycyny, ten jednak nie podjął się leczenia i polecił choremu udać się do szpitala. To też skłoniło go do ponownego szukania pomocy u konofała, który według opowiadania chorego i asystującéj dziewki, przy pomocy sąsiadów odnogę gwałtownie w łokciu złamał, tak, że się tylko na skórze w tem miejscu trzymała, następnie łokieć wysmarował i kazał nosić odnogę zgiętą na chustce na szyi. Chory doznał przy téj operacyi znacznego bólu, ufając jednak operatorowi udał się do domu i wyczekiwał przyobiecanéj wizyty konofała, która miała nastąpić za tydzień. Gdy jednak domorosły lekarz nie przybywał, udał się Jakób z braćmi do niego, usłyszał jednak smutną prognozę: „że już nic nie pomoże, bo chwyta się gangryna“, pomimo tego moczył rękę w serwatce i smarował maścią tak, jak mu zalecono. Od tego czasu, tj. od 6 go grudnia nie zasięgał już rady operatora, pomimo, że łokieć „obierał“ i utworzyła się dziura, z któréj przy zgięciu w łokciu kości wystawały. To też chory trzymał wciąż rękę zwieszoną na dół, tak chodził i sypiał. Od d. 6 go grudnia „kwękał, kaszlał i do jadła nie był skory“.

Sam zabieg operacyjny opisuje dziewka, która asystowała w ten sposób: „Ł. rękę choremu najprzód wymoczył, wysmarował, a potem kazał mi trzymać za przedramię a innemu chłopcu za pięść, sam zaś giął zwolna rękę w łokciu. Naraz posłyszałam trzaśnięcie, jakby kto kij złamał i ujrzałam rękę zgiętą w łokciu, którą Ł. obwiązał i kazał nosić na chustce. Po tym akcie ręka w łokciu w jakiś czas się rozogniła, zaczęła obierać i ciec, posyłano kilka razy furę po konofała, lecz ten już przyjechać nie chciał. Za całe leczenie otrzymał Ł. 1 złr. 90 ct. i dwa kluby lnu“.

Chory Jakób w ciągu kilku tygodni zapadł na zdrowiu tak, że wcale chodzić nie mógł, rękę chorą moczył, smarował i obwijał, a wśród znacznego wyniszczenia zmarł dnia 22 lutego, a więc w niespełna trzy miesiące po operacyi. Przebieg leczenia, a zwłaszcza smutny tegoż koniec, wzbudził pewne wątpliwości co do doskonałości sposobu postępowania, to też na doniesienie urzędu gminnego, w którym przedstawiono fakt w streszczeniu, zarządzono sekcyję sądową zwłok Jakóba.

Sekcyję wykonali Dr. A. i chirurg B. d. 18-go marca, a protokół spisany na miejscu podajemy w dosłownem brzmieniu:

A) Oględziny zewnętrzne: 1) Wydobyte z grobu zwłoki mężczyzny około 20 lat liczącego, przedstawiają skórę cienką bez podściółki tłuszczowéj, mięśnie zanikłe tak że przez takowe rysuje się już zdala cała budowa kośćca, widać bowiem kształty pojedynczych kości. Całość nie przedstawia na skórze żadnych podejrzanych śladów po urazach, prócz plam pośmiertnych na grzbiecie, jako takich stwierdzonych i prócz zasinienia zielonawego powłoki brzusznéj. Otwory wolne. Łokieć prawéj ręki owinięty bandażem, złożonym z kawałka szmaty i taśmowatéj podwiązki.

B) Oględziny wewnętrzne. 2) Po odwinięciu bandażu z łokcia prawego, już przy najmniejszym ruchu w tymże stawie słychać tarcie i trzeszczenie. Część skóry po stronie grzbietnéj przedstawia się na przestrzeni wielkości dłoni jako masa brajowata i jużto czerwonawa, jużto nawet czarniawa. Już z dala rozpoznać się daje wysterczający koniec kości łokciowéj jako czarniawy, a bliższe oglądanie stwierdza, iż tu na powierzchni zewnętrznéj znajduje się smuga, kilka ctm. długa, a w końcu przeszło 1 centim. szeroka, stożkowato schodząca ku stawowi garstkowemu, która to smuga jest kością suchą i stwardniałą. Smuga ta ma grubości kilka linij, a pod nią znajduje się prawidłowe utkanie kości. Smuga ta jest również bezkostną.(?) Po dokładnem rozcięciu téj kończyny w kierunkach osi kości ramiennéj i kości przedramienia ze strony grzbietnéj i po dokładnem odpreperowaniu części składających, a raczéj części kostnych, w miejscu stawu łokciowego, nietylko z części miękkich, ale nawet i z okostnéj, przedstawia się stan następujący: w miejscu tem, gdzie wystercza nasada kości łokciowéj, widać już z dala jamę, w któréj znajduje się nader skąpa ilość mętnéj gęstawéj ropy i to tak skąpa, że ona zaledwie pokrywa powierzchnie odłamków. Jama ta prowadzi w głąb i zawiera drobne, okrągławe, kostne tkaniny wolno tkwiące. Przy zgięciu łokcia ku wewnątrz cała jama roztwiera się i wychodzą z niéj kości, okazujące powierzchnie chropowate. Kości w mowie będące są następujące: kość łokciowa, sprychowa i ramieniowa, odpreperowana dokładnie z okostnéj, okazuje pomiędzy wyrostkiem zewnętrznym a wyrostkiem wewnętrznym, połączenie mostkowate z tkaniny kostnéj. Połączenie to mostkowate jest zbite, twarde i okazuje ścisłe i stałe połączenie kostne z wyrostkami kości ramieniowéj, przedstawiające się jako linija biaława i twarda. Połączenie to mostkowate jest grubości około $^1/_2$ ctm. i téj saméj szerokości. Po stronie wewnętrznéj, tj. zwróconéj ku opisanéj jamie, pokryta jest skąpą wypociną ropną i ma powierzchnię chropowatą, okazującą zagłębienia nieregularne i wyniosłości spiczaste, słowem, daje wejrzenie powierzchni powstałéj ze złamania kości. Otwór pomiędzy wyrostkami a połączeniem ich jest wielkości centa. Tu kość wszędzie twarda, gładka i nienadżarta. Wyrostki również obnażone z okostnéj, twarde, gładkie i nadżarte. Okostna sama, zdejmowana z tych wyrostków jest prawidłowa, a części miękkie, otaczające takowe, okazują się prawidłowemi, prócz więzów, przedstawiających się jako tkanka włóknista, twarda, zbita i nienacieczona. Dalsze sąsiedztwo części miękkich, jak i saméj skóry, również prawidłowe, a skóra sama po stronie wewnętrznéj nawet nad przegubem łokciowym, okazuje prawidłowe utkanie. W zagłębieniu pomiędzy wyrostkami kości ramieniowéj i odpowiadającem wyrostkowi nasady kości łokciowéj, t. j. zwanemu *olecranon*, znajduje się tenże ostatni przyrośnięty za pomocą tkanki zbitéj twardéj, wielkości orzecha laskowego, który to *olecranon* po stronie wewnętrznéj tj. zwróconéj ku jamie opisowéj, okazuje takie samo wejrzenie, jak połączenie mostkowate. Na innych powierzchniach, odpreperowanych z okostnéj, okazuje tkankę kostną zbitą, twardą i gładką. Dwie inne zaś kości, tj. łokciowa i sprychowa, również w swych końcach jamę składające, po odpreperowaniu okostnéj, okazują tkaninę twardą, zbitą, gładką i białawą, powierzchnię zwróconą ku jamie, okazującą wejrzenie powierzchni ze złamania kości powstałéj. Główki kości sprychowéj ani jéj charakterystycznego i okrągłego kapelusza nie ma, a w miejscu jego wejrzenie przełamanéj kości. Sonda wprowadzana we wszystkie powierzchnie odłamków daje uczucie twardéj kości. Okostna po samą po wierzchnię odłamu jest prawidłowa, a części miękkie jak i skóra, tuż przy przełamie jak i w dalszem sąsiedztwie zachowuje prawidłowe wejrzenie. Kość łokciowa w swéj nasadzie okazuje po stronie wewnętrznéj blaszkę stożkowatą, czarną kilka mm. grubą, którą już poprzednio opisano. Cała kończyna okazuje zresztą prawidłowe wejrzenie. 3) Powłoki czaszkowe prawidłowe Czaszka, opony twarde, opona miękka, mózg, istota mózgu i podstawa czaszki, bez zmian patologicznych. 4) Po odjęciu mostka płuca nie zapadają się, brzegami do siebie przystają i pokrywają w znacznéj części samo serce. Płuco prawe wolne, w jamie opłucnéj brak płynów, a opłucna gładka i połyskująca. Przy dotyku samo płuco a właściwie jego płat górny i średni, okazuje uczucie guzowatości. Na przekroju tak płat górny jak i średni, nie zalewa się cieczą pienistą, krwawą, ani nie trzeszczy lecz zalewa się masą biało żółtawą, gęstą. Już zdala są widoczne ogniska rozmaitéj wielkości, okrągławe, od wielkości soczewicy aż do rozmiarów bobu, gęsto obok siebie ułożone, z których daje się powyższa masa wyskrobywać. Płuco lewe przyrośnięte starą, zbitą i połyskującą błoną do przedniéj części klatki piersiowéj w częściach przybrzeżnych, a w samym szczycie tak przyrośnięte, iż wydobyć się nie daje, pozostawiając oderwaną tkaninę płucną. Opłucna zresztą gładka i przeświecająca, a na przekroju cały górny płat i część dolnego również nie trzeszczy, ale zalewa się masą gęstawą, żółtawą, pochodzącą z ognisk Ogniska te są rozmaitéj wielkości, okrągławe, obok siebie ułożone, z których daje się masa ta wydobywać. W płacie górnym, całkiem powierzchownie znaleziono nawet jamę, wielkości jaja kurzego, któréj wewnętrzna powierzchnia obłożona podobną masą. Ogniska najdrobniejsze przedstawiają się jako szaro żółte punkta, większe mają masę żółtawą i gęstawą. 5) Serce dosyć małe. Mięsień na przekroju szaro żółty i kruchy, w sercu nie ma nic nieprawidłowego. 6) Wątroba i nerki prócz szaro żółtawego zabarwienia i większéj kruchości, nic zresztą nie przedstawiają. 7) Śledziona, jelita, żołądek i pęcherz nie przedstawiają nic nowego (*sic!*).

Orzeczenie: Z obdukcyi wynika co następuje: 1) że zmarły Jakób S. doznał zwichnienia w stawie łokciowym prawym, wskutek którego przez przebyty proces zapalny nastąpiło zrośnięcie się kości sprychowéj i łokciowéj z kością ramieniową. Zrośnięcie to było stare i dawne i pociągnąć musiało zniekształtnienie i zesztywnienie kończyny prawej w stawie łokciowym. 2) Że zmarły Jakób S., doznał za życia, niedawno przed swem zejściem śmiertelnem, złamania kości sprychowéj i łokciowéj w owym zesztywniałym stawie łokciowym, tuż poniżéj zrośnięcia się tychże kości z kością ramieniową. Złamanie to nastąpiło wskutek zadziałania jakiegoś przedmiotu tępo kantowatego i sprowadziło równocześnie uszkodzenie skóry po stronie grzbietnéj stawu tego. Następstwem tego było sztuczne otwarcie stawu, a ztąd ropienie i obumarcie tak skóry jak i powierzchownéj warstwy kości łokciowéj na ograniczonem miejscu. 3) Że złamanie téj kości nastąpiło u człowieka już cierpiącego, a to na tak zwane suchoty płucne, czyli gruźlicę płuc. Gruźlica ta jednak była już dawną, a mianowicie jak obdukcyja wskazuje trwanie jéj było już kilkoletnie i jako taka nie nastąpiła wskutek złamania kości w stawie łokciowym Chorobę tę jego ustrojową, musi się odrębnie traktować, a złamanie kości w stawie łokciowym, odrębnie musiałyby się każda z osobna dla siebie zakończyć zejściem śmiertelnem. W danym przypadku, jedna i druga w swoim rozwoju już tak wysoko zostały posunięte, iż musiałyby już sprowadzić zejście śmiertelne. 4) Że złamanie kości w stawie łokciowym u osoby i tak schorzałéj mogło przyspieszyć rozwój gruźlicy, a to z tych powodów, iż przebieg złamania kości tak komplikowany, nie

może odbywać się bez stanu gorączkowego, który to stan nie mógł pozostać bez wpływu na rozwój gruźlicy. Abstrahując jego chorobę ustrojową, tj. gruźlicę, złamanie kości w stawie łokciowym, samo jako takie, mogłoby było pozostać bez wpływu, a raczéj mogłoby zakończyć się wyzdrowieniem jedynie wówczas, jeżeliby bezpośrednio po zaszłem uszkodzeniu udzieloną została pomoc lekarska, a to, jeżeliby bezpośrednio po tem uszkodzeniu wykonano operacyję tj. resekcyję (wycięcie) stawu łokciowego, lub też amputacyją kończyny powyż stawu łokciowego. Zdanie to ostatnie ośmielamy się wyjawić dlatego, iż otoczenie złamania tych kości, jak i cała kończyna, okazuje prawidłowe wejrzenie, iż części najsąsiedniejsze powierzchni przełamu, okazują tkankę kostną zdrową. Abstrahując daléj gruźlicę zmarłego i przypuszczając, iż gdyby zmarłemu bezpośrednio po zaszłem uszkodzeniu udzielono pomocy lekarskiéj i nastąpiło wyzdrowienie, to to wyzdrowienie rozumieć należy, jako jeszcze względne, bo przy wyzdrowieniu tem mógłby się wytworzyć staw fałszywy, lub też zrośnięcie, wskutek czego w obu tych przypadkach kończyna ta jako krótsza, mniéj byłaby zdolną do pracy i pociągałaby stałe kalectwo.

Przesłuchany w toku dochodzeń Ignacy Ł., lat 30 liczący, gospodarz, podaje: „jestem konofałem, tj. prywatnym weterynarzem i umię więc leczyć choroby końskie i na téj podstawie przychodzą do mnie i ludzie, którzy sobie jaki członek nadwerężą, ja im też takowe według moich wiadomości naprawiam. Umię przedewszystkiem leczyć gdy kto sobie rękę lub nogę złamie, a praktyka moja pod tym względem miała pomyślne skutki. Na wiosnę roku zeszłego przyszedł do mnie Jakób St. ze zwichniętą ręką prawą i prosił, abym mu ją naprawił; ponieważ Jakób S. miał rękę spuchniętą, przeto wysmarowałem mu ją maścią zieloną r o m a t y c z n ą z apteki i kazałem przyjść za 3 dni do siebie, abym mógł dalsze potrzebne lekarstwa zadysponować. Jakób S. nie przyszedł do mnie tak jak mu to poleciłem, lecz dopiero gdzieś w jesieni i przyszedłszy powiedział mi, że gdy upadł w lesie rękę ponownie nadwerężył tak, że go znowu boli. Oglądnąłem rękę i zauważyłem, że takowa była w łokciu złamaną. Wysmarowałem więc ponownie rękę maścią, obandażowałem ją i kazałem nosić tak, jak Jakóbowi było najdogodniéj, a tenże trochę rękę zgiął i wsadziwszy palce za guziki, na piersiach tak rękę trzymał. Jakób był u mnie wtenczas coś dwa dni i miał dłużéj zabawić, dopóki mu się ręka nie zagoi, lecz ponieważ pluł krwią i charczał, więc ja widząc, że ma płuca zapsute i bojąc się, aby u mnie nie umarł, wyprawiłem go z powrotem do ojca. Nieprawdą tedy jest, jakobym ja rękę był łamał lub zginał takową tak długo, aż w łokciu trzasło, albowiem gdy ręka była złamana nie potrzebowałem jéj mu ponownie łamać i pod tym względem są zeznania świadków z prawdą niezgodne. W sześć tygodni po tym drugim pobycie Jakoba S. u mnie, przywiózł go jeszcze raz do mnie brat jego na saniach wśród mrozu, ledwie żywego. Wtenczas to, ponieważ ręka była obwiązana szmatami, a te pokryte po części zaschłą ropą, przeto chcąc widzieć jak się ma rzecz właściwie z ręką, obmyłem najpierw rękę ciepłą wodą, potem poodejmowałem szmaty i zobaczyłem, że w ręce w łokciu była ogromna dziura, z któréj połamane kości sterczały, które były czarne od żrącéj rany gangreny. Widziałem tedy, że nie ma dla chorego żadnego ratunku, przeto mu rękę jedynie pookładałem watą i obwiązałem, aby do reszty wśród zimna nie przeziębił i kazałem mu jechać z powrotem do domu. Otóż w obec tego stanu rzeczy, gdy Jakóbowi S. ręki nie łamałem i gdy jedynie ją apteczną maścią wysmarowałem, nie poczuwam się do żadnéj winy. Od S. za owe kuracyje nie dostałem żadnego wynagrodzenia z wyjątkiem 40 ct. za maść. Ażeby mi Jakób S. dał 1 złr. jest nieprawdą“.

Tak opiewają najważniejsze akta sprawy niniejszéj, które Prokuratoryja przesłała dwom innym lekarzom, zapytując ich, co było najbliższą przyczyną śmierci Jakóba S., i czy zejście śmiertelne tegoż stało w związku z zabiegami wykonywanemi przez konofała Ł. Lekarze ci wydali orzeczenie następującéj treści:

1) Najbliższą przyczyną śmierci Jakóba S. była gruźlica płuc, któréj początek datuje się najprawdopodobniéj od tak dawna, iż przypuszczać musimy, że już w czasie pierwszéj konsultacyi u Ignacego Ł. były u Jakóba S. zmiany w płucach.

2) Polegając na zeznaniach świadków musimy twierdzić, że Jakób S. doznał w skutek szarpnięcia przez konia zwichnienia w stawie łokciowym prawym; jaka zmiana nastąpiła w tym stawie w skutek upadnięcia w połowie listopada, tego ocenić nie umiemy.

3) Ustawienie zwichniętéj odnogi w łupkach, któryto zabieg wykonał Ł. pierwotnie w obec zwichnienia, było najzupełniéj nieodpowiedniem, a pomoc lekarska niesiona w tym czasie, byłaby według największego prawdopodobieństwa zapobiegła zesztywnieniu odnogi, a więc pośrednio także dalszym następstwom.

4) Stanowczo twierdzimy, że zabieg operacyjny przedsięwzięty przez Ł. z końcem listopada polegał na gwałtownem złamaniu obu kości przedramienia w ich górnych nasadach; przy gwałtownem zgięciu odnogi w stawie łokciowym, jak je świadkowie opisują, musiało powstać to złamanie zwłaszcza, że zwichnienie dawniejsze ku tyłowi nie było odprowadzone.

5) Złamanie gwałtowne obu kości przedramienia prawego uznajemy samo przez się za ciężkie uszkodzenie ciała, które sprowadziło upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy zawodowéj przez więcéj niż 30 dni.

6) Złamania te nadto u S., jako człowieka dotkniętego gruźlicą płuc, dały powód do ropienia w stawie, zgorzeli skóry i obumarcia odłamków złamanych. Jakkolwiek więc śmierć Jakóba S. nastąpiła z suchot płucnych, to jednak sprawa ropienia na odnodze górnéj prawej, która ciągnęła się przez czas dłuższy, przyspieszyła niewątpliwie zgon Jakóba S., dając powód do znaczniejszego wyniszczenia i wyczerpania zasobu sił większego, aniżeliby sprowadziła była w tym czasie sama przewlekła choroba miąższu płucnego. W każdym razie całe postępowanie Ł. z chorym S. dowodzi wielkiéj nieznajomości rzeczy i wielkiéj zuchwałości.

Co niniejszem . . . . .

Na téj podstawie oskarżony Ignacy Ł. o występek przeciw bezpieczeństwu ciała i nieprawne zajmowanie się leczeniem, został uznany winnym i skazanym na 6 miesięczne więzienie.

Przypadek, jakich wiele, powie zapewne czytelnik — i z zupełną słusznością. Partactwo chirurgiczne kwitnie u nas w najlepsze, pomimo wszelkich usiłowań, ba nawet w najbliższéj okolicy Krakowa, gdzie o pomoc lekarską i chirurgiczną tak łatwo, nie brak domorosłych specyjalistów. Podczas gdy jednak w największéj liczbie przypadków partactwa nie przychodzi do skazania z powodu wielkiéj trudności w wykazaniu związku przyczynowego, to w przypadku niniejszym związek ten, jak zaznaczono w drugiem orzeczeniu, nie może ulegać wątpliwości. Ale przypadek niniejszy poucza jeszcze o czem innem. Chory S. udał się i do lekarza i usłyszał od niego radę, aby w obec potrzeby zabiegu operacyjnego udał się do szpitala. Na to już S. zdobyć się nie mógł. Okoliczność ta dowodzi, że przesąd u ludu w obec szpitali jest

u nas jeszcze silnie zakorzeniony. Z drugiéj strony stanowią zeznania obwinionego Ignacego Ł. smutne świadectwo znanéj arogancyi partaczów, którzy nietylko wykonywania swych praktyk nie uważają za wzbronione, lecz nawet w obec sądu chełpią się wynikami i swoją statystyką, a jak to w tym przypadku również miało miejsce, utrzymują w swych mieszkaniach prywatne lecznice!

Że w sprawie téj zachodziła potrzeba wydania ponownego orzeczenia sądowo-lekarskiego, o tem sądzimy jest każdy przekonanym, skoro w orzeczeniu obducentów nie podano nawet zgoła przyczyny śmierci Jakóba S., nie mówiąc już o innych pytaniach, na które lekarze obducenci stosownie do ustawy odpowiedzieć mają. Jak rozwlekłe opisy w protokole sekcyjnym, tak i wywody w orzeczeniu są miejscami zgoła niezrozumiałe, wątek jasnéj zresztą sprawy ginie w powodzi słów, a chcąc czytelnikom przedstawić dokładną i wierną treść aktów, nie uchyliliśmy nawet pomyłek stylistycznych.

III. Oceny i sprawozdania.

„Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu żółciowéj kamicy (*choletithiasis*)“ przez Mikołaja Rajchmana. (*Odczytów klinicznych* wydawanych przez Redakcyję *Gazety lekarskiéj* zeszyt 34.)

Każdy z lekarzy, zajmujący się chorobami organów wewnętrznych, z przyjemnością weźmie zeszyt 34 „Odczytów klinicznych“ do ręki, bo znajdzie w nim treściwe zestawienie najnowszych spostrzeżeń w sprawie „kamicy żółciowéj“ tak częstéj, a jeszcze w tak wielu kierunkach nierozjaśnionéj — a znajdzie je tak ładnym językiem skreślone, że praca ta może za wzór służyć, jak powinno się pisać. — Zeszyt ten powinien być nową zachętą dla nas, aby wydawnictwo „Odczytów klinicznych“ poprzeć; będzie to dobrze pojęta własna korzyść.

Rajchman w odczycie swoim „nie ma zamiaru przedstawiać całego obrazu choroby, jéj następstw i leczenia“, pisze bowiem dla lekarzy obeznanych z przedmiotem, „lecz zwraca uwagę na pewne szczegóły i poglądy zdobyte obserwacyją i dokładnem badaniem“. To właśnie sprawia, że całą pracę czyta się z zajęciem.

Nie mam zamiaru podawać treści odczytu, znajdzie on się bowiem w rękach tych, których obchodzi sprawa w nim poruszona; czyniąc tylko zadość przypuszczeniu autora, „że podane fakty i zapatrywania wywołają ożywioną dyskusyję“; na pewne szczegóły chciałbym zwrócić uwagę. Rajchman przechodząc dotychczasowe teoryje powstawania „kamicy żółciowéj“, wykazując słusznie ujemne ich strony, występuje jako zwolennik teoryi, że „kamica żółciowa“ jest chorobą ustrojową (konstytucyjonalną), popierając swoje zapatrywanie faktami, które, jak dotąd, nie stały się jeszcze pewnikami. Staną się niemi, gdy kol. Rajchman lub ktokolwiek inny z odpowiednią ilością cyfr i historyj chorób przed nami stanie, bo przytoczenie na poparcie swoich przekonań i kilku przypadków własnych a kilku z literatury sprawy tu nie rozstrzygnie. Może kol. Rajchman ma zebrane cyfry, aby stanowczo twierdzić, że w powstawaniu kamieni żółciowych stwierdzić się dają następujące fakty: 1) dziedziczność, 2) tworzenie się kamieni u kilku członków należących do pewnéj rodziny), 3) powstawanie kamieni żółciowych u osób pochodzących z rodzin artrytycznych i t. d., — ale w takim razie powinien je podać, bo jak dotąd są to tylko osobiste zapatrywania ale nie „fakty“. Więcéj na nazwę „faktów“ zasługują punkta pod 6, 7, 8 i 9 podane, bo doświadczenie każdego lekarza jest w stanie je poprzeć. Swoją drogą zdanie kol. Rajchmana, aby „kamicę żółciową“ zaliczyć do chorób ustrojowych, ma wiele za sobą i czy nie wartoby do rozstrzygnięcia raz téj sprawy, dla zebrania odpowiednich dat (jeżeli kol. Rajchman ich jeszcze nie ma), rozesłać odpowiednio ułożony kwestyjonaryjusz do lekarzy, aby wspólnemi siłami zdobyć podstawę dla przytoczonych przez kol. Rajchmana „faktów“.

Przebiegając objawy, jakie powstają przy obecności kamieni żółciowych, podnosi z naciskiem kol. Rajchman fakt powstawania bólów żołądkowych i kiszkowych, występujących napadami bez kolki wątrobowéj. Przyczyną ich występowania ma być nie przechodzenie kamyków, lecz tylko sama obecność takowych w pęcherzyku żółciowym (dlatego „bez kolki wątrobowéj“). Że chorzy podczas prawdziwego napadu kolki żółciowéj nieraz lokalizują ból tylko w okolicy żołądka, że nieraz (i jak słusznie twierdzi kol. Rajchman za często) rozpoznajemy „*gastralgiam*“, gdzie przebieg późniejszy wykazuje kamyki żółciowe, to rzecz pewna, to też lekarze francuzcy, jak to sam cytuje kol. Rajchman, odróżniają osobną formę *colique hépatique pseudo-gastralgique.* Przyczyna jednak tych „kurczów żołądka“ zdaniem kol. Rajchmana jest inna niż tych, które on opisuje. Tamte wywołane są przejściem kamyków, te tylko obecnością takowych, „bo po nich nigdy nie bywa żółtaczki i nie możemy wykryć w moczu najczulszemi odczynnikami barwików żółciowych“.

Przyznaję się otwarcie, że rozumowania w tem miejscu kol. Rajchmana nie rozumiem i dowód przez niego przytoczony (brak żółtaczki i barwików w moczu) nie wystarcza mi, by powiedzieć, że to nie przejście kamyka lecz tylko jego obecność była przyczyną napadu, aby odróżnić kurcz żołądka przez niego opisany od *colique hépatique pseudo-gastralgique.* Boć ileż to napadów „kolki wątrobowéj“ bywa, po których niema ani żółtaczki ani barwików żółci w moczu, jeżeli n. p. kamień jest uwięźnięty w *ductus cysticus*, przecież sam kol. Rajchman mówi na str. 7: „bardzo często po napadzie kolki wątrobowéj żółtaczka nie występuje“, czyż nie może być napad kolki wątrobowej pod postacią „kurczu żołądka“ bez żółtaczki i barwików w moczu, a znów w innym przypadku z żółtaczką? Po co więc tworzyć nowe formy i uciekać się do przypuszczenia, że raz tylko obecność kamieni, innym razem ich przejście stanowi przyczynę napadu, kiedy usprawiedliwionéj podstawy dla pierwszego przypuszczenia niema. Zdaniem naszem niema różnicy między *colique hépatique pseudo-gastralgique* a „kurczami żołądka“ opisanemi przez kol Rajchmanna, a przynajmniéj z opisu jego téj różnicy nie widzę, bo brak żółtaczki decydować tu nie może. Swoją drogą obserwacyje kol. Rajchmanna wykazują, jak często pod postacią „kurczów żołądka“ (*gastralgiae*) objawia się kamica żółciowa i za zasługę poczytać mu należy, że w odczycie swoim objaw ten z naciskiem podniósł i przez to nadał mu znaczenie większe.

Uwagi nad leczeniem, oparte na własnem doświadczeniu, kończą ten zajmujący odczyt, na który zwracamy uwagę szan. prenumeratorów „Przeglądu“. *Gluziński.*

Choroby kobiece.

Arron: **Torbiel jajnika,** *occlusio intestini,* **wyleczenie przez rękoczyn.**

J. V., 24 lat, nie podawała żadnych patologicznych zboczeń, jako wolna od nich przez całe życie 1 kwietnia śród pracy (służąca w restauracyi) dostała nagle silnych boleści w prawéj stronie brzucha. Wymioty przybrały już 2 kwietnia charakter kałowych, boleści coraz większe, osłabienie, brak apetytu, pragnienie. 5 kwietnia przybyła na oddział p. Verneuila, *facies hypocratica*, wymioty kałowe, rozdęcie wielkie brzucha, boleści straszne, kończyny zimne, puls nie dający się policzyć, głos słaby. Hernii nie było. Macica wolna, ruchoma, prawidłowo ułożona, sklepienie wolne. Laparatomiję wykonał p. Ricard. *Ascites* z płatkami skrzepłego włóknika w ilości 3 litrów. W prawéj *regio iliaca* obrzęk nie poruszalny, większy aniżeli pięść, imponował jako rozdęte i nacieknie *coecum*, ale za nadto blisko był usadowionym linii środkowéj. Jelita bardzo rozdęte i zaczerwienione, przeto rozszerzono ranę pierwotnie na 8—9 ctm. długą. Zrosty nitkowate i tasiemkowate łączące obrzęk z powłokami, poczem

przednia ściana tegoż okazała się białą, wejrzenia kredy na przestrzeni 5 frankówki. Reszta schowana między jelita. Zrosty rozdzielono na tępo i ostro, naprzód od *colon*, potem od *coecum*, pozostał tylny, długi, obły, do miednicy małéj idący, drugi wewnętrzny ściśle z kiszką cienką obrzęk spajający. Rozdzielono je z mozołem, a ta część jelita okazała się zgniecioną i pustą. Ciąg dalszy jelita w górze rozdęty nadzwyczaj. Zrost obły, do miednicy małéj idący, kończył się w prawym rogu macicy, ten podwiązano i przecięto, powierzchnię przecięcia przypalono termokauterem. Toaleta otrzewny kompresami tarlatanowemi. Operacyja trwała 3 kwadranse. Rekonwalescencyja, z wyjątkiem osłabienia wielkiego w pierwszych dniach po operacyi, zupełnie gładka. Operowana 28 kwietnia opuściła zdrowa szpital.

Badanie anatomiczne preparatu wykazało torbiel dermoidalny, zawierający treść łojowatą, białawą, gęstą, a szypuła utworzona przez pęczki mięśniowe, w środku których znajdował się jajnik prawie normalny i nieco przerosła trąbka. (*Gazette des Hôpitaux* 1891, Nr. 1.) *Dr. Wł. Harajewicz.*

M e y e r: **Przyczynek do etyjologii raka pochwy.**

Pacyjentka, której historyję choroby opisuje autor, liczyła lat 60. Z początkiem r. 1889 rozpoznano wypadnięcie pochwy i założono krążek Meyerowski z kauczuku wulkanizowanego. Wkrótce potem założono krążek Hodgego z celluloidu, który chora nosiła bez przerwy przeszło rok. W połowie r. 1890 zauważyła chora wypływ ropny z pochwy z domieszką krwi. Krążek wyjęto i skonstatowano nadżerki na tylnéj ścianie tylnéj wargi części pochwowéj i na tylnéj ścianie pochwy, dokładnie w miejscach, które uciskał krążek Hodgego. Przy odpowiedniem leczeniu nadżerki zgoiły się i pacyjentka zaczęła znowu nosić krążek. Wkrótce jednak przypadłości dawniejsze, wypływ ropno-krwawy, powróciły i badanie wykazało znowu erozyje, ale tym razem rozleglejsze i łatwiéj krwawiące. W marcu b. r. widział autor pierwszy raz pacyjentkę. Na tylnéj ścianie pochwy i w tylnem sklepieniu znalazł guz, okazujący wszelkie cechy nowotworu złośliwego. Badanie drobnowidowe utwierdziło go w przekonaniu, że ma do czynienia z rakiem. Guz postanowiono usunąć, zabieg operacyjny był jednak bardzo trudny, nowotwór bowiem wrastał w tkankę okołomaciczną i wnikał od zewnątrz ku wewnątrz w część nadpochwową szyi macicy. Że źródłem jego nie była błona śluzowa przewodu szyi, dowiodło badanie drobnowidowe, które wykazało, że guz wychodzi z błony śluzowéj pochwy. Autor przypuszcza, że wytworzenie się raka pochwy w miejscu, które przez dłuższy czas uciskał krążek, nie jest przypadkowem, tylko że ucisk ten wywołał powstanie raka. Zapatrywanie to popiera kilku podobnemi przypadkami znanemi z literatury, oraz analogiją z rakiem wargi dolnéj, powstającym często u mężczyzn palących fajkę, w miejscu ucisku wywieranego przez fajkę. Że przypadki raka pochwy powstającego w miejscu ucisku krążka są rzadkie, nie dziwi autora, w obec faktu, że wogóle pierwotny rak pochwy nie jest zmianą częstą. Dotąd opisano zaledwie 35 podobnych przypadków. (*Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynaek.* XXII, 1, 1891.)

P r o c h o w n i c k i S p a e t h: **Działanie prądu stałego na macicę.**

Odkąd niewątpliwie skonstatowano, że prąd elektryczny stały działa w niektórych cierpieniach ginekologicznych korzystnie, musiało z kolei zająć umysły lekarzy pytanie, w jaki sposób należy sobie to zbawienne działanie tłomaczyć. A p o s t o l i a niezawiśle od niego autorowie powyżsi wykazali wybitne antiseptyczne (*antibacteriell*) działanie prądu stałego. S t e a v e n s o n i S h a w opisali zmiany makroskopowe w utkaniu mięśniaków macicy w miejscach bezpośrednio do elektrody przylegających. Ich badania potwierdza K l e i n i czyni nowe spostrzeżenia, dotyczące zmiany temperatury w miejscu działania prądu, oraz zmian w naczyniach krwionośnych i limfatycznych. Wszystkie doświadczenia robiono na martwym materyjale. P. i S. opisują 14 doświadczeń, z tych 7 na macicach żywych. Czynili je bezpośrednio przed wyjęciem macicy przez pochwę. Do doświadczeń używali elektrod macicznych z platyny, węgla i miedzi i elektrod brzusznych glinianych Apostolego u osób żywych. Robiąc doświadczenia na macicach wyciętych, używali zamiast elektrod glinianych płyt mosiężnych, pokrytych grubym pokładem zwilżonéj waty, które kładli na dno macicy. Siła prądu użytego do doświadczenia wahała się między 300 a 75 M.—A., czas trwania między 6 a 15 minutami. Autorowie zwracali przeważnie uwagę na zmiany makro- i mikroskopowe w bezpośredniem sąsiedztwie elektrod i zmiany te opisują dokładnie.

We wszystkich przypadkach działała anoda użyta śródmacicznie znacznie silniéj niż katoda. Wywoływała ona silne, suche, ostro odgraniczone, ciemno-czerwone lub brunatne strupy, sięgające aż do błony mięsnéj i otoczone (naturalnie jeżeli eksperymentowano na żywych macicach) rąbkiem czerwonym, wynikiem przekrwienia czynnego. Strupy te były podobne do strupów wywołanych działaniem żrących mineralnych kwasów. Mikroskop wykazywał zupełne zniszczenie przybłonka i powierzchownych wastw błony śluzowéj, nadto brunatne paski bezpostaciowe, zapuszczające się aż w warstwę mięsną; były one prawdopodobnie wyrazem skrzepnięcia limfy w naczyniach i przestrzeniach limfatycznych.

Katoda wywoływała zupełnie inne zmiany. Strupy powstające w jéj sąsiedztwie, miały barwę brudno-szaro brunatną, były miękkie, źle od otoczenia odgraniczone, dawały się łatwo usunąć i nie sięgały nigdy aż do warstwy mięsnéj; przypominały strupy powstające po działaniu żrących alkaliów. Co do materyjału użytego do elektrody macicznéj, najsilniéj działała platyna, potem węgiel, w końcu miedź naturalnie *ceteris paribus*, t. j. porównywając wszystkie trzy jako anody lub wszystkie jako katody.

Zmiany były wybitniejsze w doświadczeniach na macicach żywych. Z doświadczeń P. i S. wynika, że głównem działaniem prądu w tych przypadkach jest działanie żrące, kaustyczne. Nadto wywołuje prąd skrzepnięcie limfy i krwi w sąsiedztwie elektrody i w ten sposób wywołuje nekrozę w warstwach głębszych; również i działanie elektrolityczne, na które zwraca uwagę K l e i n, przyczynia się do wytworzenia strupa. Zmiany powstałe po działaniu anody nie wyrównywają się tylko, prowadząc do wytworzenia się blizu. (*Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynaek.* XXII, 1.)

Dr. Al. Rosner.

M ö b i u s: **Przyczynek do nauki o** *neuritis puerperalis*.

Autor obserwował już 7 przypadków tej choroby, w których sprawa zajmowała wyłącznie nerwy odnóg górnych i to przedewszystkiem gałęzie końcowe nerwu pośrodkowego (*n. medianus*) albo nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) albo równocześnie oba nerwy. W téj chorobie zajęte bywają tak włókna nerwowe ruchowe, jak i czuciowe, a choroba objawia się b ó l a m i c i ą g n ą c e m i, m r o w i e n i e m, wreszcie o s ł a b i e n i e m i z a n i k i e m m i ę ś n i w zakresie schorzałych nerwów. Po dłuższem lub krótszem trwaniu następuje zwykle wyzdrowienie.

Przypadek, który autor niedawno obserwował, był następujący: Kobieta 30-letnia, która już kilka razy rodziła, uczuła nagle w czwartym tygodniu po ostatnim prawidłowym porodzie silne bóle i palenie w obu odnogach górnych. Ruchy były utrzymane, ale siła ich zmniejszyła się. Mięśnie zwiotczały i można było stwierdzić wyraźny zanik mięśniowy na dłoniach, mianowicie szczególnie wyraźne było zagłębienie między palcem dużym, a wskazującym strony grzbietowéj dłoni. Pobudliwość mechaniczna mięśni była zwiększoną, nieczulicy nigdzie znaleźć nie było można. Później i odnogi dolne zostały zajęte. Wystąpiły w nich również bóle i parestezyje, mięśnie zwiotczały i schudły, a łydki były na ucisk bardzo wrażliwe. Odruchy ścięgniste wszędzie utrzymane, a odruch kolanowy nawet zwiększony. Zresztą nic nieprawidłowego w całym ustroju choréj nie znaleziono. Zastosowano wewnętrznie jodek potasu, ale bezskutecznie, gdyż stan właśnie co opisany utrzymywał się bez zmiany przez dłuższy czas. Dopiero po upływie miesięcy zaczęła się sprawa poprawiać. Najprzód ustąpiły bóle i osłabienie nóg a późniéj i rąk tak, że po upływie $^1/_2$ roku pozostało osłabienie rąk i zanik mięśni dłoniowych.

Po upływie dalszego $1/2$ roku wystąpiły powtórnie bóle ciągnące w odnogach górnych, ale badanie przedmiotowe już nic wykazać nie mogło. Siła rąk wróciła do stanu prawidłowego i jakkolwiek odnogi górne były jeszcze dość chude, to przecież nie było już mowy o ograniczonym zaniku mięśni.

W tym przypadku więc wystąpiło w połogu bez wykazalnéj przyczyny zapalenie nerwów, które najwięcéj uszkodziło mięśnie dłoniowe międzykostne. Właściwość tego przypadku polega tylko na tem, że i odnogi dolne były zajęte. (*Münch. m. Wschrft.* 1890, Nr. 14). *Dr. Süsskind.*

Medycyna wewnętrzna.

A. Chełmoński: O wpływie ostrych gorączek na przebieg suchot płucnych.

Autor opisuje dwa przypadki gruźlicy płuc wyleczone po przebyciu chorób zakaźnych: Przypadek pierwszy dotyczy kobiety 38-letniéj z wybitnemi zmianami wypukowemi i przysłuchowemi w płucach, podniesioną ciepłotą ciała, a obok tego owrzodzeniami na łuku podniebieniowym i tylnéj ścianie gardziela. Badanie wykazywało skąpą ilość prątków. Podczas pobytu w szpitalu chora dostała róży w twarzy, która rozszerzyła się na głowę. Już w czasie trwania téj nowéj choroby zmniejszały się objawy w płucach, goiły owrzodzenia na łuku, nie znajdowano prątków w plwocinie, a ilość tejże znacznie się zmniejszyła. Po 4 tygodniach zmiany gruźlicze o tyle zniknęły, że Ch. czuł się upoważnionym uważać chorą za wyleczoną z gruźlicy.

Co do nas, biorąc na uwagę stan choréj przy wyjściu ze szpitala nie mielibyśmy jeszcze dostatecznéj podstawy uważać sprawę gruźliczą za zupełnie wygasłą. Autor w sprawozdaniu swem podaje, że w wydzielinie owrzodzeń prątków nie znaleziono, zachodzi więc pytanie, czy owrzodzenia te były przyrody gruźliczéj, zważyć jeszcze należy rzadkość owrzodzeń gruźliczych w gardzielu i tę okoliczność, że goją się one nieraz pod wpływem odpowiedniego leczenia, podczas gdy równoczesne zmiany w płucach trwają daléj. Co zaś do gruźlicy płuc, codziennie niemal spotykamy chorych gorączkujących, z potami i dreszczami, u których to zaostrzenie sprawy przechodzi, poczem czują się względnie dobrze, a mimo to za wyleczonych nikt ich nie uważa.

W drugim przypadku obserwacyja mniej dokładna odnosi się do chorego z zagęszczeniem szczytowem po str. pr., obok znacznego powiększenia śledziony, podwyższonej ciepłoty ciała i wielkiej ilości laseczników Kocha w plwocinie. W tym czasie dostaje chory duru osutkowego, ciężar ciała spada ze 170 na 140 ft. Dur trwa dni 14, poczem objawy ze strony płuc ustępują, ciężar ciała podnosi się w przeciągu miesiąca o 20 ft. Chorego tego uważa autor także za wyleczonego z gruźlicy przypisując wpływ leczniczy samej gorączce, wywołanej chorobą zakaźną. Nie przecząc zasadniczo pewnego wpływu chorób zakaźnych i połączonego z niemi podniesienia ciepłoty, to odnośnie do opisanego przypadku moglibyśmy wnioskować o przycichnięciu sprawy gruźliczej, nie posunęlibyśmy się jednak tak daleko, aby utrzymywać, że wygasła zupełnie. (*Gazeta Lek.* Nr. 5, 1891).

Dr. Ludomił Korczyński.

W sprawie leczenia gruźlicy przez Kocha.

Rok właśnie mija od czasu, kiedy Robert Koch ogłosił w *Deutsche medizinische Wochenschrift* pierwszą swą komunikacyję, która lotem błyskawicy rozeszła się po całéj kuli ziemskiéj. Nie było czasopisma lub dziennika jakiegobądź rodzaju, któreby nie podało tego ogłoszenia w dosłownem brzmieniu lub w przekładzie. I „Przegląd Lek.“ nie pozostał w tyle i w osobnym dodatku podzielił się tem ogłoszeniem ze swoimi czytelnikami a przez kilka następnych miesięcy podawał sprawozdania z doświadczeń wykonywanych z środkiem Kocha przez różnych autorów. Gdy jednak entuzyjazm i zapał powszechny poczęły stygnąć, gdy z początku nieśmiało, późniéj coraz otwarciéj i coraz poważniejsze głosy przeciw skuteczności nowéj metody występowały, gdy wreszcie tu i ówdzie Kochina ofiary pochłaniać zaczynała, znikła ona tak prędko, jak prędko się pojawiła, z pracowni klinicznych, ustało gorączkowe publikowanie niedojrzałych zazwyczaj wyników z spostrzeżeń i doświadczeń i tylko od czasu do czasu rzadko któreś czasopismo lekarskie poświęca kilka szpalt na umieszczenie spostrzeżeń i doświadczeń z środkiem Kocha poczynionych.

Nie ulega wątpliwości, że tak pierwotny rozgłos i entuzyjazm, którego przyczyną w największéj części była powaga Kocha, jak następnie to grobowe milczenie i lekceważenie, którem pokrywa się nową metodę, uważać należy za przesadę i za rzecz niesłuszną; a z tego punktu wychodząc i traktując sprawę czysto przedmiotowo, bez uprzedzenia, podajemy obszerniejsze streszczenie trzeciego z rzędu ogłoszenia, które Koch w przedostatnim Nrze *Deutsche mediz. Wochenschrift* umieścił. Najnowsza ta publikacyja podaje wynik badań nad składem i działaniem istotnego, najważniejszego składnika Kochiny, która, jak wiadomo, jest wyciągiem glicerynowym hodowli prątków gruźliczych i zawiera prócz działającéj istoty wiele domieszek, i dlatego Koch nazywa ją tuberkuliną surową (*Rohtuberculin*) w przeciwstawieniu do właściwéj czystéj istoty działającéj (*Reintuberculin*).

Doświadczenia próbne — pisze Koch — pouczyły, że istota działająca w tuberkulinie nie należy do alkaloidów lub ptomainów, lecz że jestto substancyja zbliżona do istot białkowatych, o któréj nie można było naprzód powiedzieć, czy zniesie zwykłe postępowanie służące do izolowania podobnych istot, bez zmiany w swym składzie. Z tego powodu autor po każdej manipulacyi chemicznéj badał powstałe produkty, pod względem ich działania na ustrój zwierzęcy, aby się przekonać, czy istota działająca jeszcze pozostała i czy zupełnie lub częściowo została oddzielona. Bez takiéj kontroli doświadczeń krok za krokiem, łatwo zbłądzić można i wejść na manowce. Opisuje też Koch dokładnie sposób postępowania przy eksperymencie na zwierzęciu i kładzie nacisk na to, aby dla przekonania się o działaniu tuberkuliny wstrzykiwać śwince morskiéj odrazu taką dawkę, któraby śmierć sprowadziła. Objawy w tym przypadku za życia i przy sekcyi są tak charakterystyczne, że nie można ich za nic innego wziąść. Zwierzę ginie po 6—30 godzinach; jeśli śmierć następuje wcześniéj lub późniéj, to z pewnością istnieje przyczyna inna n. p. jak K. znajdował zapalenie płuc, *oedema malignum* lub inna choroba zakaźna.

Pierwsze próby zdążające do oddzielenia istoty działającéj z tuberkuliny wykonywał K. z alkoholem. Jeżeli się tuberkulinę zmięsza z alkoholem, to opada na dno naczynia brunatna, żywiczna masa. Tak płyn, jakoteż i osad przy badaniu okazują działanie tuberkuliny tak, że w ten sposób oddzielenie istoty działającéj jest niemożebne; jeżeli dodamy coraz więcéj alkoholu, powstaje w miejscu owéj masy żywicznéj osad delikatny, który kilkakrotnie w wyskoku bezwodnym przemyty, na sączku zebrany i w próżni nad kwasem siarkowym osuszony, przedstawia się w postaci białego proszku. Proszek ten jednak nie jest jeszcze istotą działającą w czystym stanie, gdyż zawiera obok tejże jeszcze inne części w alkoholu nierozpuszczalne; również nie strąca alkohol w zupełności istoty działającéj, gdyż po odparowaniu alkoholu pozostaje gęsta ciecz, która składa się z gliceryny i w niéj rozpuszczonych istot. Płyn ten działa 2—3 razy słabiéj niż surowa tuberkulina.

W dalszym ciągu starał się Koch przy pomocy Briegera i Proskauera oddzielić wszystkie istoty zawarte w osadzie otrzymanym działaniem wyskoku i używano w tym celu prawie wszystkich stosowanych tu zazwyczaj metod. Jednakże żadna z nich nie doprowadziła do celu; albowiem albo istota działająca niezupełnie czysta się oddzielała, albo też traciła swe własności lub wreszcie łączyła się z ciałem dodanem (n. p. z kwasem garbnikowym) w połączenie, którego następnie rozdzielić nie było można. Dopiero działając na tuberkulinę alkoholem 60% w sposób, który K. w swem ogłoszeniu bardzo dokładnie podaje, zdołał otrzymać nieżywiczną masę jak wyżéj, lecz proszek biały, który działaniem swem przewyższa wszystkie składniki tuberkuliny w inny

sposób otrzymane, a zachowuje się tak, że można go uważać za czystą, kompletnie oddzieloną istotę działającą tuberkuliny. Podczas gdy z osadu otrzymanego działaniem bezwodnego wyskoku potrzeba 50 mg. do otrzymania objawów, które 0·5 gr. tuberkuliny wywołuje, to osadu z 60% wyskoku wystarcza 10 mlg, w wielkiéj części doświadczeń zwierzęta ginęły po 5 mg., a jedno nawet po 2 mg. Jeżeli się uwzględni działanie otrzymanéj istoty w porównaniu z ilością tuberkuliny wziętéj do analizy, to okaże się, że zaledwie połowę istoty działającéj odciągnięto tuberkulinie, to téż przesącz oczyszczony z alkoholu i rozcieńczony wodą do pierwotnéj objętości w rzeczywistości przedstawia działanie dwa razy słabsze niż tuberkulina.

Z kolei Koch opisuje szczegółowo własności osadu otrzymanego z 60% alkoholu, który tymczasowo uważa za czystą tuberkulinę. Rozpuszcza się ona dość łatwo w wodzie, w roztworze tym jednak działanie jéj dość prędko traci na sile. Szczególnie nie znosi roztwór ten odparowywania, podczas którego powstaje klaczkowaty osad, po ponownem dodaniu wody się nie rozpuszczający. Natomiast roztwory czystéj tuberkuliny w 50% glicerynie są bardzo stałe i nawet przez kilkakrotne odparowywanie nie traci swych własności, jak również nie zmienia ich wysoka temperatura do 160°. Gliceryna odgrywa tu zatem ważną rolę konserwowania tuberkuliny. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Izby lekarskie.

Podajemy dziś w dosłownem tłomaczeniu ustawę o utworzeniu w zachodniéj połowie monarchii austryjackiéj Izb lekarskich w przekonaniu, iż szan. koledzy zechcą zapoznać się z ustawą tak ważną i pożądaną i dla naszego kraju.

USTAWA
tycząca się utworzenia Izb lekarskich.

Ze zgodą obu Izb Rady Państwa uważam za stosowne rozporządzić co następuje:

§. 1.

W krajach i królestwach reprezentowanych w Radzie Państwa ustanawia się Izby lekarskie celem reprezentacyi stanu lekarskiego. Liczbę Izb i ich siedzibę ustanowi się w drodze rozporządzenia.

§. 2.

Każdy lekarz, do wykonywania praktyki lekarskiéj uprawniony, podlega — o ile nie rezygnuje z wykonywania tejże — rozporządzeniom téj ustawy i winien się przedstawić Izbie lekarskiéj, w któréj obwodzie osiada, zmianę zamieszkania w dniach 14 zgłosić i do wymagań prawnych Izby się zastosować. Lekarze, którzy dla praktyki przebywają przez czas dłuższy poza obrębem Izby (lekarze kąpielowi itd.), obowiązani są donieść o tem tak swojéj Izbie, jakoteż Izbie, do obrębu któréj się udają.

§. 3.

Izby lekarskie ustanawia się w tym celu, aby nad wszystkiemi sprawami, które się tyczą wspólnych interesów stanu lekarskiego, zadań i celu, jakoteż godności i powagi zawodu lekarskiego, rozwoju opieki zdrowia i urządzeń sanitarnych, o ile to w zakres czynności lekarskich wkracza, się naradzały i postanawiały, z lekarzami okręgu Izby i z innemi Izbami lekarskiemi w stosunki zawodowe wchodziły, z podaniami się do władz swego okręgu zwracały i aby w drodze przełożonéj władzy politycznéj krajowéj prośby i wnioski do c. k. rządu wnosiły.

§. 4.

Izby lekarskie mają obowiązek, w sprawach tyczących się swego zakresu działania, na wezwanie władz orzeczenia swe wydawać, nadto władze w regulowaniu stosunków sanitarnych w szczególności w sprawie osiągnięcia dla ogółu pomocy lekarskiéj i w odpowiedniem rozmieszczaniu lekarzy wspierać.

Z drugiéj strony obowiązane są władze w miarę sposobności w sprawach w toku będących, w zakres działania Izb lekarskich wkraczających, orzeczenia swe wydawać. — Naradom krajowéj Rady zdrowia należy przydzielić w charakterze nadzwyczajnych członków osoby z łona Izby wybrane, aby w sprawach zasadniczych a tyczących się zakresu działania Izb lekarskich głos zabierały. W tym celu jeżli w odnośnym politycznym okręgu tylko jedna Izba lekarska istnieje, należy wybrać dwóch delegatów i dwóch zastępców, jeżeli jednak więcéj Izb istnieje, należy z każdéj po jednym delegacie i zastępcy wybrać i władzy politycznéj kraju wraz z protokółem wyboru przedstawić.

§. 5.

Każda Izba składa się przynajmniéj z 9-ciu członków, którzy przez lekarzy do Izby tejże należących mają być wybierani. Każdy członek ma mieć swego obranego zastępcę.

W celu przeprowadzenia wyborów należy okręg Izby według potrzeby podzielić na grupy wyborcze, z których każda ma obejmować lekarzy jednego albo więcéj okręgów politycznych, ewentualnie sądowych lub miejskich w ten sposób, aby w uwzględnieniu równorzędnych stosunków każda grupa tę samą liczbę wyborców posiadała. Lekarze każdéj grupy wyborczéj wybierają po jednym członku i jego zastępcy do Izby lekarskiéj w celu przesłania kartek wyborczych, które winny być przez wyborców podpisane; kartki te należy przesyłać do odpowiedniéj władzy politycznéj, która w przeprowadzeniu wyborów pośredniczy i wszystkie kartki wyborcze władzy politycznéj kraju przedkłada.

Pierwszy raz władza powyższa wynik wyborów ogłasza i zawiązuje Izby lekarskie, w następstwie przechodzi ta czynność na zarząd Izby.

Prawa czynnego i biernego wyboru ma według §. 2 każdy lekarz, który w odpowiednim okręgu mieszka i prawa tego nie jest pozbawiony.

§. 6.

Prawa czynnego i biernego wyboru są pozbawieni:

1) wszyscy członkowie, którzy na mocy istniejących praw pozbawieni są prawa czynnego i biernego wyboru w gminie, do któréj należą;

2) ci wreszcie, którzy przez Izbę prawa czynnego i biernego wyboru pozbawieni zostali lub też przeciw którym śledztwo sądu polubownego wdrożono.

Wybory jakoteż dzień wyboru oznaczy c. k. Władza polityczna kraju i w gazecie urzędowéj ogłosi.

Ci zostają wybrani, którzy największą prawną ilość głosów uzyskali. W razie równéj liczby głosów rozstrzyga los.

§. 8.

Wybory nie mogą bez poważnych przyczyn uledz zerwaniu i mają wartość na trzy lata, po upływie tego czasu muszą wybrani urzędować aż do czasu objęcia interesów Izb przez nowoobranych.

Ustępujący funkcyjonaryjusze mogą być nadal wybierani, lecz nie można ich zmuszać do przyjęcia wyboru na następne trzechlecie. Toż samo nie można zmuszać lekarzy, którzy 60 rok życia przekroczyli, do przyjęcia wyboru.

O możności nieprzyjęcia wyboru z innych przyczyn rozstrzyga zarząd, któremu wolno jest odjąć prawa wyboru każdemu opierającemu się w przyjęciu wyboru bez istotnych do tego powodów.

§. 9.

Naczelnik władzy politycznéj kraju oznacza dzień i godzinę do ukonstytuowania się nowowybranéj Izby i wyznacza komisarza rządowego, za którego pośrednictwem ukonstytuowanie to ma nastąpić. Izba wybiera z łona swego na czas trzechlecia zarząd Izby, składający się z prezydenta Izby, zastępcy jego i przynajmniéj z 3 a najwyżéj 7-miu członków zarządu.

Wybory Izby i uchwały mają wtedy ważność, jeśli więcéj niż połowa członków jéj jest obecną. Członkowie Izby, którzy na posiedzenie przybyć nie mogą, mają o tem powiadomić wprzód prezydenta, a ten w ich miejsce powołuje wybranych zastępców.

§. 10.

Prezydent, a w razie nieobecności jego zastępca prezydenta, reprezentuje Izbę na zewnątrz, pośredniczy między zarządem Izby a pełną Izbą, wskazuje zakres działania zarządowi Izby i czuwa nad prawidłowem wykonywaniem zadania tegoż zarządu; zwołuje posiedzenia zarządu, zebrania Izb i lekarzy, przewodniczy tym zebraniom i przedkłada tymże uchwały do przeprowadzenia.

§. 11.

Zarząd Izby załatwia pod kierunkiem prezesa wszelkie sprawy, utrzymuje ewidencyję lekarzy w okręgu Izby praktyką się zajmujących, pośredniczy w stosunku do władz, innych Izb, członków tejże saméj Izby i zawiaduje środkami i urządzeniami, mocą których stan lekarski się reprezentuje. Zarząd jest obowiązany pełnéj Izbie raz w rok na pełnem zgromadzeniu złożyć sprawozdanie z czynności swych, Izbę według potrzeby lub na żądanie połowy członków tejże zwołać i w tym celu przygotowania konieczne poczynić.

Zarząd Izby jest urzędem honorowym. Czas jego urzędowania trwa aż do ukonstytuowania się nowéj Izby, ewentualnie nowego zarządu. Uchwały zapadłe na zebraniu zarządu wtedy mają ważność swoją, jeśli na zebraniu jest więcéj członków obecnych niż wynosi połowa. Z członków zarządu najmniéj połowa musi mieszkać w siedzibie Izby lub też w pobliżu tejże.

§. 12.

Zarząd Izby spełnia zarazem urząd sądu polubownego w przypadkach osobistych zajść, zażaleń i skarg na lekarzy w Izbie reprezentowanych w sporach między lekarzami wynikłych, jak w ogóle we wszystkich sprawach kompetencyi odnośnych władz się usuwających.

Zarząd ma pośredniczyć w pomyłkach i nieporozumieniach między lekarzami wynikłych w sprawie wypełniania zawodowego swego obowiązku.

Lekarze winni przed udaniem się na drogę prawną zażądać pośrednictwa Izby.

Do prawomocnéj uchwały zarządu w charakterze sądu polubownego występującego, potrzeba przynajmniéj $^{3}/_{4}$ członków zarządu i większości $^{2}/_{3}$ członków obecnych.

Sąd ten polubowny jest w prawie lekarzom w Izbie reprezentowanym, którzy się dopuścili czynu niegodnego i obrażającego stan lekarski, lub którzy zaniedbali obowiązków swych względem Izby, do której należą, po stwierdzeniu stanu istotnego czynu lub wykroczenia, udzielać napomnienia, ostrzeżenia, w razie powtórnego wykroczenia nagany, w obec znacznych wykroczeń zaś skazać na kary pieniężne aż do grzywny 200 złr. lub odebrać prawo czynnego i biernego wyboru do Izby na czas ograniczony albo na zawsze.

Obwinionemu dozwolonem jest przed zapadnięciem wyroku usprawiedliwić się, po zapadnięciu zaś wyroku nagany, kary grzywny lub utraty prawa wyborczego do odnośnéj władzy politycznéj kraju o ostateczne rozstrzygnięcie się odwołać.

Kwoty z kar pieniężnych wpływają do kasy Izby lekarskiéj.

§. 13.

Izba układa regulamin, który musi zatwierdzić Ministerstwo spraw wewnętrznych; wedle zaś tego regulaminu wydaje swe uchwały w zasadniczych sprawach zawodowych, również wydaje uchwały tyczące się środków, użyć się mających do osiągnięcia celu i zadań Izb lekarskich, w szczególności odnoszące się do pielęgnowania stosunków współzawodowców i ich przynależnych rodzin, wreszcie wydaje uchwały tyczące się środków do zaspokojenia potrzeb Izby i wymiaru wkladek na ten cel dla lekarzy do Izby należących.

Zadaniem Izby jest badać akty odnoszące się do wyboru swych członków, badać i roztrząsać sprawozdanie roczne zarządu Izby, kontrolować bieg własnych spraw i wybór delegatów do krajowéj rady zdrowia i ich zastępców, jakoteż uchwalać potrzebę zwołania ogólnego zgromadzenia lekarzy w skład Izby wchodzących.

§. 14.

Nadzór i opiekę nad Izbą i jéj czynnością wykonywa władza polityczna kraju. Władza powyższa jest w prawie w razie przekroczenia przez Izbę poruczonego zakresu działania lub postępowania niezgodnego z ustawą i przepisami, zarządzać zaniechania tegoż, względnie rozwiązać Izbę i nowe wybory rozpisać.

§. 15.

Ustawa ta nie obowiązuje lekarzy będących w stałéj służbie wojskowéj lub w c. k. państwowéj służbie zdrowia.

§. 16.

Minister spraw wewnętrznych może w zakresie powyższych zasadniczych postanowień wydać dalsze konieczne rozporządzenia.

§. 17.

Mój Minister spraw wewnętrznych jest powiadomiony dokładnie o brzmieniu téj ustawy. *Dr. W.*

List z Rosyi.

W świeżo wyszłym z pod prasy zeszycie 1-szym dzieła Dra F. Hermana „Wraczbnyj byt do Pietrowskoj Rusi" (Charków, 1891) znajdujemy ciekawe materyjały do historyj medycyny w Rosyi, i to medycyny naukowéj, nie wulgarnéj, ludowéj. Najpierwszemi lekarzami byli mnisi kijowskiéj ławry z XI w., przedstawiciele medycyny cerkiewnéj: modłów, budowy świątyń i t. p. Przedstawicielami naukowéj medycyny byli dwaj izraelici, przybyli z Włoch, którzy zginęli na szafocie za to, że nie wyleczyli syna cara Iwana III go. Za Iwana Groźnego przybyli z Anglii doświadczeni lekarze, w ich liczbie znany Bomelijusz, również zmarły pod mieczem katowskim. Za panowania Groźnego po raz pierwszy widzimy lekarzy rosyjan. Pierwsza apteka założona w roku 1581 dla potrzeb dworu. Najwięcej lekarzy zagranicznych zjawia się za panowania Borysa Godunowa, który drżał ciągle o swoje i swéj rodziny zdrowie. Lekarze i aptekarze, wstępujący do służby, składali przysięgę, iż czuwać będą nad tem, żeby cara nie otruto. (A co się tak haniebnie spełniło!) Każdy z nich otrzymywał pensyi 200 rs. ordynaryi, 16 wozów drzewa, 4 beczki miodu i tyleż beczek piwa, codziennie $1^{1}/_{2}$ kwarty wódki i tyleż octu, prócz tego od każdego carskiego obiadu przysyłano im 3 do 4 półmisków potraw, ile tylko jeden człowiek mógł udźwigać półmisek. Z carskiéj stajni ofiarowano im po 5 koni Jeśli dawane carowi lekarstwo dobrze działało, każdorazowo otrzymywali oni sztukę aksamitu lub 40 soboli. Autor, opierając się na swych poszukiwaniach, przychodzi do wniosku, że lekarze-cudzoziemcy nie byli to awanturnicy, byli to ludzie, którzy wyrobili byli sobie dobrą reputacyję w swéj ojczyźnie. Przybywali do Rosyi nęceni fantastycznemi opowiadaniami o Moskwie, do téj krainy mało znanéj wówczas na zachodzie. W zeszycie tym czytelnik znajdzie wiele ciekawych dat zebranych od najdawniejszych czasów do wstąpienia na tron domu Romanowych.

Dr Jul. Hryncewicz niedawno odczytał w Petersb. geograficznem towarzystwie zajmujący swój referat „o ludowéj medycynie w południowéj Rosyi", znany wam w części z artykułu tego pracowitego kolegi (Jan Iłgowski), drukowanego w Przegl. Lekarskim. Naturalnie pośród środków używanych w rozmaitych chorobach przez gmin znajdujemy tu wzmianki o różnorodnych ludowych przesądach, zamówieniach, „eliksirach miłosnych" i t. p. Wogóle ostatniemi czasy wzięto się do studyjów ludowéj medycyny w wielu miejscach Rosyi. Z liczby medykamentów ludowych kilka środków zaczęli używać i lekarze, jak n. p. czernicę (*vaccinium myrtillus*) przeciw rozwolnieniu, syrop z wodą (Prof. Winternitz, dr. Fidelmann), lub korzeń bruśnika (*Vitis Idaci*) zalecany w postaci dekoktu w reumatyzmach, zapaleniach okostny (Drowie Titow w Moskwie i Hermann w Petersb.).

Ross. lekarze uczcili także 70 letni jubileusz Virchowa. Piękny adres w imieniu 372 petersb. lekarzy złożyli jubilatowi Drowie Rauchfus i Botkin (syn). Medyko-chir. Akademija, fakultety lekarskie i lekarskie towarzystwo przesłały

mu także swe adresy, od mosk. uniwersytetu delegatem wybrano prof. Sklifasowskiego. Towarz. ochrony Narod. Zdrowia wybrało jubilata swym honorowym członkiem.

Bakteryjologia, jako osobny przedmiot wykładu, wchodzi na porządek dzienny. Pierwszą iniayjatywę do tego dał mosk. uniwersytet, poruczywszy jéj wykład pryw. doc. Drowi Wojtowi. Wstępna lekcyja jego wydrukowana świeżo w „Medicynie“. Jest to pismo wychodzące w Petersburgu i poświęcone dla użytku lekarzy praktycznych. Szkoda tylko, że w liczbie prac i spostrzeżeń czysto naukowych znajdujemy w niem czasem odgrzewane, dawno już złożone do archiwum historyj medycyny krajowej „pseudo choroby“, jak n. p. kołtun, jako którego zwolennik w Nrze 25 zjawił się Dr. Nieniecki z grodzieńskiego, ignorujący znaną pracę o kołtunie Dra Dobrzyckiego. Dałem mu odpowiednie monitum w liście otwartym, którego jednak „Medicyna“ po 3 miesiącach jeszcze nie ogłosiła.

W wrześniowéj książce „Wiestnika“ spółczesnéj hygieny i prakt. medycyny znajdujemy rozprawę Dra Watraszewskiego z Warszawy: „zapobiegawcze metody przy leczeniu przymiotu“.

Na pomnik chirurga Pirogowa, który ma stanąć w Moskwie, zebrano dotąd drogą składek 1162 rs. 32 kop.

We „Wraczu“ Dr. Wagner drukuje w streszczeniu rezultat ostatniego Zjazdu lek i przyrodników w Krakowie, czerpiąc daty z „Nowin Lekarskich“ a nie z Dziennika Zjazdu, którego dotąd nie mogliśmy otrzymać z Krakowa, pomimo, iż o to prosiłem Dra Grabowskiego. Czyżby Dziennik nie miał w Rosyi prawa odbytu?

W „Gońcu Rządowym“ wydrukowano artykuł poświęcony 100-letniemu jubileuszowi dyplomu doktora medycyny. Pierwszym Drem med. w Rosyi był Tomasz Borsuk-Moisiejew, urodzony na Ukrainie — otrzymał naukowy stopień w mosk. uniw. za rozprawę *„De respiratione“*.

Zmarli: prof. kazańskiego uniw. M. Studieński, nadzw. prof. szpitalnéj chirurgicznéj kliniki (*ulcus ventriculi*); Dr. Jarosław Downarowicz, w Nowogrodzkiéj gub. był wychowańcem wileńskiéj *alma mater*; Dr. Józef Dubicki w Rydze (60 lat), zasłużony dezinfektor miasta. W nekrologii nie mogę nie podać i Józefa Skibowicza świeżo zmarłego w Kijowie. Była to typowa postać, znana dobrze każdemu studentowi i lekarzowi kijowskiemu i 35 lat był on preparatorem anatom. teatru i znał anatomię „jak 5 palców“. Ojciec jego, Jan, był także przed laty preparatorem, przybył z Wilna razem z prof. Fonbergiem (dziś żyjącym 101 letnim starcem); usłużny „Josik v. Józef“ począł swą czynność przy trupach w 16 roku życia, kiedy profesorem anatomii za moich czasów był Walther, a prosektorem ś. p. Kopernicki. Skibowicz był to Litwin z urodzenia, całego Mickiewicza umiał na pamięć, przytem grał na skrzypcach, posiadał piękną polską biblijotekę. Lekarskie i nielekarskie pisma poświęciły mu pośmiertne wspomnienia, a studenci i lekarze złożyli na jego trumnie wieńce i ponieśli ciało na daleki cmętarz — tak uczczono ciche zasługi maluczkiego człowieka!

Dr. Cycuryń i prof. Trapp otrzymali złote tabakierki z brylantami. Prof. Manassein wyniesiony do godności tajnego radcy.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 listopada. Urzędowa gazeta wiedeńska oznajmia co następuje: „Jego Ces. i Król. Mość Najj. Pan Najwyższem postanowieniem z d. 25 października r. b. najmiłościwiéj zezwolił, aby, w przypuszczeniu że odpowiednie środki materyjalne w drodze konstytucyjnéj zezwolone będą, otwarty został w roku szkolnym 1894/5 w Uniwersytecie lwowskim Wydział lekarski, a mianowicie najprzód rok pierwszy tego Wydziału, w czterech zaś następnych latach, kolejno co rok, przydawany będzie rok dalszy wykładowy aż do całkowitego uzupełnienia Wydziału“.

W skutek tego Najwyższego postanowienia miłościwie panującego nam Monarchy nie ulega już wątpliwości, że jeszcze przed końcem dobiegającego stulecia Uniwersytet lwowski uzupełniony będzie Wydziałem lekarskim.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 4 b. m. kol. Przewodniczący odczytał podziękowanie Rudolfa Virchowa za przesłany mu telegram gratulacyjny; poczem uchwalono kwotę 62 złr. (udział akcyi banku ziemskiego Poznańskiego) oddać krak. Tow. Oświaty ludowéj. Następnie uchwalono przesyłać „Przegląd Lekarski“ Dr. Mawrageni baszy w Konstantynopolu, który przysłał Tow. lek. krak. swoje prace, z życzeniem utrzymywania stosunków z Tow. lek. krak. Wybrano komisyję wyborczą, w któréj skład weszli: koll. Cercha, Domański, Gabryszewski, Jakubowski, Kirschner, Koźmiński, Lustgarten, Mączka, Obaliński, Paszkowski, Pohorecki, Rydel, Surzycki, Szewczyk i Trzebicky. Kol. Rydygier przedstawił dwóch chorych na *lupus* z recydywami po injekcyjach kochiny i chorego operowanego z powodu tłuszczaków rozlanych szyi. Kol. Kryński przedstawił chorą operowaną w marcu b. r. z powodu *osteosarcoma* kości czołowéj. Wreszcie kol. Momidłowski wygłosił zapowiedziany odczyt „o hysteryi“. Dyskusyję nad tym odczytem, przyjętym przez zebranych z uznaniem, odłożono do przyszłego posiedzenia z powodu pory spóźnionéj.

* D. 8 b. m. wyjdzie zeszyt 5-ty „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ wychodzących w Krakowie, zawierać mający prymaryjusza Dra Widmana we Lwowie rzecz „o zapaleniu płuc ze stanowiska klinicznego“.

* P. Maryjan Zahradnik, zaszczytnie u nas znany z wyrobów swych farmaceutycznych, rozesłał znacznéj części lekarzy galicyjskich i zakordonowych udatną fotografiję z grupy farmaceutycznéj Wystawy przemysło lekarskiéj tegorocznéj w Krakowie. Na fotografii téj widać także grupę terakotową, którą p. Zahradnik ofiarował klinice lek. krakowskiéj.

* W tegorocznym listopadowym awansie wojskowym dwaj lekarze sztabowi 1-éj kl. mianowani zostali jeneralnymi lekarzami sztabu, a mianowicie Drowie Christ i Kraus; nadto pomiędzy innymi mianowani zostali: starszym lekarzem sztabowym 1-éj kl. Dr. Ressig, lekarzem sztabowym Dr. Smutny we Lwowie; lekarzami pułkowymi 1-éj kl.: Drowie Martynowicz, Hrycykiewicz, Peters i Kawecki; lekarzami pułkowymi 2-éj kl.: Drowie Pakosz, Idziński, Karchesy, Szyjkowski, Kulczycki, Drobner i Dubiniewicz; lekarzem fregaty Dr. Mieroszewski, a w obronie krajowéj: Drowie Błotnicki, Slósarczyk, Bujalski, Kucharski, Michalik lekarzami pułkowymi.

* Ciekawe ogłoszenie znajduje się w Nrze 45 *Berl. klin. Woch.* Otóż dla żydów rosyjskich mających się przenieść do Ameryki południowéj potrzeba lekarzy. Reflektujący na te posady mają przesłać *curriculum vitae* i świadectwo z odbytéj praktyki szpitalnéj lub klinicznéj pod adresem Dra Sonnenfelda w Paryżu, rue du Bellechasse 36, i wykazać się ze znajomości języka niemieckiego. Znający żargon polsko żydowski mają pierwszeństwo. Któżby się spodziewał, że znajomość tego najbrzydszego z żargonów może się komuś kiedy na coś przydać, a nawet dać komuś pierwszeństwo przed innymi. Dziwnie się plecie na tym świecie!

* W tygodniu 42-tym (od 18 do 24 października) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 45, skonów 71; z tych z zapalenia płuc 11, z gruźlicy 10, z dławca i błonicy 6, z nieżytu żołądka i jelit 5, z odry 2, podczas porodu 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Robert Koch na własne żądanie uwolniony został od obowiązków członka najwyższéj Deputacyi naukowéj dla spraw lekarskich, a jego miejsce zajął prof. hygijeny Dr. Maks. Rubner. Radzca rządowy i lekarski Wernich w Köslinie objął czynności lekarskie przy prezydyjum policyi w Berlinie na miejscu Dra Pistora, który powołany został do Ministerstwa spraw duchownych, wychowania i lekarskich w Berlinie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 14 Listopada 1891. Nr. 46.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XX.

Śmierć z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

W d. 1 kwietnia wracali rekruci z Ż.; po drodze rozpoczęli oni szereg bitek, w następstwie których zginął jeden z nich Józef G. Sprawdzono, że Ł. Józefa G. ścigał ku potokowi M., gdzie 3-go dnia znaleziono kapelusz zmarłego; pędził go przeszło 1000 kroków aż do domu Jakóba P., który zeznaje, że Józef G. około 9 godziny w nocy przyszedł do jego domu trochę pijany, bez kapelusza, a za nim wszedł Ł., który uderzywszy Józefa G. w twarz, uciekł na pole. Józef G. zabawił w domu około $^1/_4$ godziny, a pomimo złego oświetlenia w izbie Jakób P. i jego familija spostrzegli na nim zdrapanie i pokrwawienie pod nosem; nareszcie Józef G. wyszedł i podążył w stronę przeciwną téj, w którą uciekł był Ł., jak twierdził, celem szukania swego kapelusza. Od téj chwili nikt go więcéj nie widział, podczas gdy Ł. wkrótce potem zjawił się w szynku W., gdzie na prędce pobił jakiegoś wieśniaka i opowiadał, że jego pobił Józef G., ale że mu sowicie się odpłacił. Następnie zjawił się ponownie w domu Jakóba P. w 3 kwadranse po wyjściu zeń Józefa G., a dowiedziawszy się, że Józef G. wyszedł, aby szukać kapelusza, opuścił chałupę i miał udać się do domu swego (leżącego w kierunku przeciwnym, aniżeli pobiegł był Józef G.). D. 3 kwietnia znaleziono Józefa G. nieżywego niedaleko suszarni, skierowanego twarzą ku ziemi, rękami na krzyż rozłożonemi; w bliskości trupa nie było żadnych śladów krwi, z ust jego toczyła się piana krwawa. Miejsce to oddalone było o 1860 kroków od miejsca, w którem znaleziono kapelusz.

Dnia następnego, 4 kwietnia, z polecenia Sądu lekarze sądowi Drowie S. i B. wykonali sekcyję na zwłokach Józefa G. i podyktowali co następuje:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e. 1) Z przedsionka budynku służącego jako susznia, wyniesiono zwłoki na pole i złożono na zaimprowizowanym stole. Zwłoki te są zwłokami mężczyzny 20 kilka lat liczącego, niskiego wzrostu, średniéj budowy ciała z dość wykształconemi mięśniami, z dostateczną podściółką tłuszczową, o włosach krótkich blond. Zwłoki te odziane w koszulę płócienną dość zbrukaną, w kaftanik krótki sukienny itd. Na odzieniu nie widać nigdzie śladów krwi. 2) Po zdjęciu ubrania okazują się kończyny w tężcu pośmiertnym, a szczególnie kończyna górna prawa, która pod kątem ostrym w łokciu jest zgięta. Zabarwienie skóry niepomarszczonéj jest na czole, twarzy, szyi, piersiach, a częściowo i plecach różowawe, na kończynach zaś, a w części i na plecach, na których plam pośmiertnych nie widać, skóra jest blada. Od różowego zabarwienia skóry na twarzy odbija blade zabarwienie skóry w okolicy lewéj skroni i górnéj części policzka lewego, z któréj to okolicy jeszcze nieco zaschłéj ziemi odkruszyć się daje. 3) Na czole po stronie lewéj plamka sino różowa, wielkości grochu, po stronie zaś prawéj w okolicy skroni znachodzą się 3 równoległe zadraśnięcia skóry wielkości fasoli, sinawo zabarwione, a po przecięciu skóry w tych miejscach okazują się w tkance podskórnéj wynaczynionki. 4) W okolicy kąta zewnętrznego oka prawego znachodzi się siniec nieregularny wielkości $^1/_2$ centa. 5) Na grzbiecie nosa dwa sińce wielkości małéj fasoli; na policzku prawym i w części dolnéj policzka lewego liczne zadraśnięcia, pokryte strupkami brunatnemi od krwi pochodzącemi, rożnego kształtu, a dochodzące wielkości fasolki. 6) Górna powieka lewa ciemno sina, podbiegnięte krwią spojówki, zwłaszcza powiekowe, obu òcz są silnie nastrzykane, rogówki zamglone, źrenice miernie rozszerzone. 7) Błona śluzowa jamy nosa mocno zaczerwieniona, przy ucisku na nos daje się wygnieść z niego ciecz krwawo-zabarwiona. 8) Wargi obydwie są obrzękłe, czerwień wargowa ciemno-wiśniowo zabarwiona, a po odwinięciu warg widać kilka wynaczynionek pod błoną śluzową wielkości siemienia; szczęki zaciśnięte, a między niemi koniec języka obrzękły ciemno-sino zabarwiony, nie dający się wcisnąć z powodu szczękościsku, zęby nie uszkodzone. 9) Na szyi po stronie prawéj widać cztery smugi prawie równolegle do siebie położone, ciągnące się od chrząstki tarczykowéj aż ku karkowi, a dochodzące do $^1/_2$ ctm. szerokości. Bliżéj chrząstki tarczykowéj są smugi te wiśniowo zabarwione z lekkiem tu i owdzie zdarciem przyskórka, ku karkowi zaś są pokryte strupkami krwi brunatnemi nie regularnego kształtu. Odle-

głość wzajemna tych smug jest prawie jednakowa. Po lewéj zaś stronie szyi na wewnętrznym brzegu mięśnia sutko mostkowego, mniéj lub więcéj na wysokości górnego rogu chrząstki tarczykowéj znachodzą się 2 strupki zaschłéj krwi podłużne skośno biegnące, wielkości 1 ctm., jeden obok drugiego. 10) Muszle uszne, szczególnie prawa, są sinawe. 11) Na reszcie ciała nie widać żadnych śladów obrażenia, ani plam ze krwi, grzbiet tylko ręki prawéj jest nieco obrzmiały, ale blady.

Oględziny wewnętrzne. 12) Po przecięciu skóry widać na ogłowiu lekkie nastrzykanie, kości czaszki prawidłowéj grubości nie uszkodzone. 13) Opona twarda miernie nastrzykana, gładka, zatoki żylne mocno krwią ciemną płynną wypełnione, opony pajęcze silnie nastrzykane, zresztą prawidłowe, w przestworach podpajęczych skąpa ilość płynu surowiczego. 14) Istota korowa mózgu prawidłowéj szerokości i zbitości, istota rdzeniowa przedstawia się na przecięciu wilgotną, dość zbitą, zaopatrzoną w liczne punkta krwawiące, komórki boczne próżne, wyściółka gładka, cienka, splot naczyniowy silnie krwią wypełniony. Na podstawie mózgu tak jak i na podstawie czaszki prócz przepełnienia żył i zatok żylnych krwią płynną i ciemną nie widać żadnych zboczeń. 15) Gruczoł tarczykowy mocno przekrwiony, naczynia szyjne silnie krwią ciemną płynną napełnione. Chrząstki krtani i kość gnykowa nie uszkodzone, błona śluzowa krtani i tchawicy przekrwiona, pokryta większą ilością piany nieco krwawo zabarwionéj. 16) Opłucna płuc nie przyrośnięta do klatki piersiowéj, okazuje w przestworze między górnym a średnim płatem płuca prawego i na dolnym płacie płuca lewego wynaczynionki podopłucnowe wielkości prosa. Płuca elastyczne, miękkie, po nacięciu okazują się bardzo silnie przekrwione, a mianowicie w wyższym stopniu płuco lewe i górny płat płuca prawego, przy uciśnieniu wygniata się ciecz krwawo pienista. 17) Worek sercowy na powierzchni swojéj gładki, w nim do $1^1/_2$ łyżek cieczy jasno-żółtawéj. Serce w stanie rozkurczu, powierzchnia jego gładka, tu i owdzie pasmami tłuszczu pokryta; tak komórki jak i przedsionki wypełnione są wielką ilością ciemnéj płynnéj krwi. Zastawki wszystkie prawidłowe, mięsień różowo zabarwiony, dość zbity; naczynia duże również większą ilością krwi płynnéj ciemnéj wypełnione. 18) Przełyk pokryty błoną śluzową prawidłową, żołądek skurczony zawiera kilka łyżek płynu jasno-żółtawego, przypominającego zapach wódki, wśród téj treści pływają tu i owdzie resztki szarawe miękkie pokarmów, błona śluzowa nie okazuje żadnych zmian. Jelita wypełnione są kałem, nie okazują ani na zewnętrznéj ani na wewnętrznéj powierzchni żadnych zboczeń. 19) Wątroba duża na powierzchni gładka, brzegi tępe, na przekroju ciemno brunatno zabarwiona, obficie krew zawiera, miąższ nie kruchy; śledziona mała, torebka pomarszczona prawidłowa. 20) Nerki pokryte są torebką gładką, cienką, łatwo ściągnąć się dającą, na przekroju ciemno brunatne, istota korowa prawidłowéj szerokości, miąższ zbity, przekrwiony. 21) Pęcherz próżny, nie przedstawia żadnych zboczeń.

Na téj podstawie wydali następujące orzeczenie:

1) Z oględzin zwłok wynika, że obdukowany zginął śmiercią gwałtowną.

2) Przyczyną śmierci było zaduszenie, a tego dowodzą zmiany na zwłokach znalezione, a mianowicie: przekrwienie spojówek, błony śluzowe jamy nosa i wygniatać się z niéj dająca ciecz krwawa, następnie przekrwienie opon mózgowych, płuc, wątroby i nerek, nareszcie wynaczynionki pod opłucnowe i wypełnienie zatok żylnych, naczyń dużych i serca krwią płynną i ciemną przy równoczesnym braku zupełnym skrzepów krwi.

3) Ślady podrapania na szyi w postaci czterech smug po stronie prawéj ze strupami krwi i 2 strupy krwawe po stronie lewéj szyi wskazują tak, jak ułożenie i przebieg ich, że zaduszenie to nastąpiło przez zaciśnienie krtani ręką lewą; okoliczność ta, że większa ilość podrapań znajduje się na czole i twarzy po prawéj stronie, oraz i blada skóra na skroni lewéj i górnéj części policzka lewego, powalanéj ziemią, wskazują na to, że obdukowany podczas zaduszenia leżał na ziemi z głową pochyloną na lewo.

4) Tak zmiany na szyi, jak i zdrapania inne na twarzy, pochodzą od paznokci, cztery owe pręgi na prawéj stronie szyi i strupy pochodzą od 4 palców i paznokci ręki lewéj, a 2 strupy na prawéj stronie szyi odpowiadają wielkiemu palcowi lewemu osoby duszącéj.

5) Sińce wymienione, zwłaszcza ciemno sine, czerwień wargowa z wynaczynionkami pod błoną śluzową, przemawiają za tem, że nietylko był paznokciami drapany, lecz, że przedmiotem działającym musiała być także i pięść.

6) Wszystkie uszkodzenia okazują się po przecięciu jako za życia obdukowanego powstałe i są tak pojedynczo, jak i razem wzięte same dla siebie uważane obrażeniem cielesnem lekkiem.

7) Czy zadławienia dokonała jedna czy dwie osoby, orzec nie jesteśmy w stanie, możemy tylko twierdzić, że indywiduum obwinione przedstawione nam do zbadania, w stanie było śmierć tego rodzaju zadać.

Ze świadków przesłuchanych w śledztwie Jędrzéj G. widział, że Józef G. za życia jeszcze miał szyję po stronie prawéj podrapaną; Franciszek G. podał, że Józef G. już o godzinie 5 popoł. miał szyję podrapaną i koszulę podartą; Michał D. widział szyję podrapaną, lecz nie widział 4 smug równoległych po prawéj stronie szyi.

b) Lekarzom zwrócono uwagę na zeznania świadków, którzy widzieli ślady podrapań na szyi Józefa G. jeszcze za jego życia, lecz mimo to znawcy obstawali przy swojem orzeczeniu, uzasadniając je dodatkowo objawami wewnętrznemi, oraz objawami zewnętrznemi, tj. znakami na szyi, które zdaniem ich dowodzą zagardlenia, tłumacząc, że do znaków tych wielkie przywiązują znaczenie, z powodu, że większa część świadków znaków tych na szyi nie widziała.

c) Podczas gdy w ciągu d. 2 i 3 kwietnia szukano Józefa G., zwrócił na siebie uwagę, a raczéj zdradzał się Ł., twierdząc, że G. już nie żyje i dając do zrozumienia, że on wie, gdzie ciało jego się znajduje, w skutek czego oraz na podstawie zeznań świadków wytoczono Ł-owi śledztwo.

Sąd zasięgnął następnie zdania dwóch lekarzy sądowych miejscowych, którzy na podstawie aktów śledztwa orzekli co następuje:

Jakie były następstwa pobicia G. przez Ł. przed przybyciem pierwszego do domu Jakóba P., stanowczo powiedzieć nie można.

Jakie uszkodzenie poniósł Józef G. po opuszczeniu domu Jakóba P., w obec braku jakichkolwiek danych nie jesteśmy w stanie powiedzieć. Co się tyczy przyczyny jego śmierci, to na podstawie protokołu sekcyjnego orzekamy, że zmiany tamże opisane świadczą o śmierci powstałéj z uduszenia, a przypuścić należy, że ono powstało w skutek zagardlenia, za czem przemawiałyby znaki znalezione na szyi.

We 2 miesiące późniéj ci sami dwaj lekarze miejscowi wezwani zostali przez Sąd do ponownego wydania orzeczenia na podstawie aktów tymczasem uzupełnionych. Orzekli oni wtedy co następuje:

1) Przed przybyciem do domostwa Jakóba P. Józef G. nie odniósł żadnego takiego uszkodzenia, któreby wywołało skutki ciężkie. (§. 152 k. k.).

2) Następujące zmiany opisane w protokóle sekcyjnym przemawiają za śmiercią Józefa G. z zaduszenia: a) nastrzykanie spojówek, b) błony śluzowéj nosa, c) zaciśnięcie języka między zęby, d) przeczosy na szyi, e) wypełnienie zatok żylnych mózgu krwią ciemną, płynną, f) przekrwienie opon mózgowych i splotu naczyniowego, g) wypełnienie naczyń większych i serca krwią płynną, h) obrzęk płuc i wynaczyniówki podopłucnowe, i) brak wszelkich zmian, któreby śmierć nagłą w inny sposób tłomaczyły.

3) Przywiązujemy większe znaczenie do zdrapań na szyi, raz dlatego, że więcéj jest świadków, którzy przed przybyciem Józefa G. do domu Jakóba P. tych znaków nie

widzieli, a potem, że znaki te wykazują nam sposób przerwania dostępu powietrza do dróg oddechowych z wykluczeniem innych sposobów, jak powieszenia itd.

4) W następujących kierunkach podzielamy zdanie pp. obducentów: że Józef G. umarł śmiercią nienaturalną przez uduszenie; że uduszenie nastąpiło przez użycie ręki, czy prawéj czy lewéj, twierdzić stanowczo nie możemy. Zmiany na szyi jak i podrapania na twarzy zostały wywołane ciałem tępem, kanciastem, lub ciałem o powierzchni nierównéj, np. paznokciami lub czemś podobnem, sińce zaś przez zadziałanie narzędzia tępego, o powierzchni gładkiéj, być może pięścią. Niema zaś podstawy do przypuszczenia, aby przy uduszeniu czynną była więcéj niż jedna osoba.

Sąd, mając pewne wątpliwości, odwołał się do Wydziału lek., przesyłając mu akta śledztwa razem z odezwą następującą: „Zważywszy, że zadaniem lekarzy nie jest ocenienie wiarogodności zeznania świadków z innego stanowiska, jak tylko ze stanowiska nauki, — zważywszy, że objawy śmierci z upojenia zbliżają się do objawów śmierci z uduszenia, a w żołądku Józe-a G. znaleziono spirytus, nasnwa się więc wątpliwość co do przedmiotowéj istoty czynu, — zważywszy, że znaki na szyi nie mogą uchodzić za zupełnie pewny dowód zagardlenia w obec zeznań wielu świadków, którzy znaki te widzieli za życia Józefa G., — zważywszy wreszcie, że przypuściwszy zagardlenie jako przyczynę śmierci, nikt inny jak tylko L. o morderstwo nie byłby podejrzany, a zostaje przecie wątpliwość i co do przedmiotowéj istoty czynu i co do pobudki do morderstwa, wzywamy Wydział lek. o wydanie orzeczenia, ażali śmierć Józefa G. nastąpiła przez uduszenie i to przez jaki rodzaj uduszenia, a względnie czy w skutek zagardlenia lub w inny sposób

O r z e c z e n i e Wydziału lek. opiewało jak następuje:

1) Nie ulega wątpliwości, że przyczyną śmierci Józefa G. było uduszenie.

2) Ślady na szyi, opisane w prot. sekc. pod l. 9 pochodzą od drapania paznogciami, nie przedstawiają się zaś jako typowe otarcia połączone z podbiegnięciem, a pozostające po dławieniu palcami: takie same zadraśnięcia 3 r ó w n o l e g ł e znaleziono na skroni lewéj i na licu prawem oraz na szyi po stronie lewéj, obok kilku sińców małych na twarzy. Wszystkie te ślady dowodzą tylko, że Józef G. za życia doznał obrażeń licznych, jakkolwiek nieznacznych, za pomocą palców ręki osoby drugiej — i że został palcami uchwycony za szyję, ale nie dowodzą jeszcze, że gwałt ten stał się przyczyną jego uduszenia. Zdarzają się bowiem nierównie wybitniejsze przypadki niewątpliwego dławienia, które jednak niekoniecznie pociągnąć za sobą musi śmierć z zadławienia.

3) Wątpliwości te, natury więcéj teoretycznéj, nabierają jeszcze większego znaczenia w przypadku niniejszym, wobec zeznania świadków, a mianowicie N. D. 45 i 47, którzy widzieli, jak Józef G. już koło godziny 4 éj popołudniu uchwycony został pod szyję przez Jakóba G., rzucony na kamienie, wskutek czego zemdlał, oraz że widzieli u niego już po tem pobiciu zdrapania na szyi po stronie prawéj; jeszcze dokładniéj widział owe zdrapanie na szyi świadek ND. 34, który je opisuje jako „zdrapania od paznogci po obu stronach szyi, a były one prawie równoległe, od 4 paznogci z jednéj i drugiéj strony szyi“. W obec tych zeznań, którym naturalnie ze stanowiska sądowolekarskiego nic zarzucić nie można, nie ulega wątpliwości, że Józef G. miał szyję podrapaną już na parę godzin przed przybyciem do domu P., gdzie go po raz ostatni żywego widziano, a więc ślady przy sekcyi znalezione żadną miarą nie mogą służyć za dowód, że Józef G. umarł z zadławienia.

4) Śmierć z uduszenia Józefa G. nastąpić więc musiała w inny sposób, a w każdym razie w sposób taki, jaki nie pozostawia śladów zewnętrznych. W szczególności zaś mógł G. być uduszonym przez zatkanie ust i nosa i to skutkiem powalenia go na ziemię twarzą na dół. Człowieka, jakkolwiek dorosłego, ale osłabionego wielogodzinnem chodzeniem, piciem, i pobiciem dwukrotnem, połączonem z omdleniem, może jeden człowiek powalić i przytrzymać w takiéj pozycyi, aby był pozbawiony przystępu powietrza do dróg oddechowych i tym sposobem wywołać śmierć z uduszenia. — Zdarza się także, że człowiek osłabiony, a zwłaszcza pijany, może upaść i nie być w stanie poddźwignąć się bez cudzéj pomocy i udusić się, ale takie samouduszenie się przypadkowe możnaby tylko wtedy przypuścić, gdyby znaleziono ciało G. ustami i nosem szczelnie przylegające do podstawy miękkiéj, pulchnéj, do płynu lub do śniegu, a Wydziałowi nie wiadomo, jakiego rodzaju była podstawa.

Przypadek powyższy nie był łatwym do rozwikłania. Ślady obrażenia, znalezione na zwłokach, według zeznania świadków, dały się odnieść, jeżeli nie wszystkie, to przynajmniéj w wielkiéj części do bitek, które śmierć Józefa G. wyprzedziły, a więc na nich nie można było bezwzględnie oprzeć się, chcąc przypuścić śmierć z zadławienia. Znam przypadek, w którym na szyi denata znaleziono o wiele wybitniejsze ślady dławienia, ślady w ścisłem słowa znaczeniu typowe, w którym przypadku nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że człowiek za życia był dławjony, a mimo to śmierć z zadławienia wypadało wykluczyć, znów na podstawie zeznań świadka, który podał, że człowiek dławiony wyrwał się z rąk napastnika i uciekł, że jednak, dognany przez napastnika, uderzony został przez tegoż jakiemś narzędziem tępem w głowę, wskutek którego to uderzenia upadł i już więcéj się nie podniósł. Nie ulegało więc wątpliwości, że denat wprawdzie za życia był dławiony, jednak umarł z innéj przyczyny, a ponieważ sekcyja nie wykazała w czaszce i mózgu żadnych wybitnych zmian, mogących śmierć nagłą wytłumaczyć, wypadało uciec się do przypuszczenia śmierci ze wstrząśnienia mózgu. Tak i w tym przypadku być mogło i najprawdopodobniéj było, że Józef G. na kilka zawodów bity i dławiony wyrwał się z rąk napastnika i uciekł, a późniéj dognany umarł śmiercią gwałtowną. Ponieważ zmiany znalezione przy sekcyi przemawiały za śmiercią szybką a zmian, któreby śmierć tę szybką w inny sposób tłumaczyć mogły nie było, należało przypuścić drogą wykluczenia śmierci z uduszenia, w braku zaś późniejszych zmian, świadczyć mogących o ponownym urazie mechanicznym, nie pozostało nic, jak przypuścić uduszenie wskutek zatkania pierwszych dróg oddechowych; ponieważ jednak zatkanie to u człowieka osłabionego i upojonego powstać może bez gwałtu cudzego, jeżeli człowiek upada twarzą ku podstawie a z położenia tego o własnych siłach podnieść się nie może, więc wypadało w orzeczeniu wspomnieć i o téj możności, w obec któréj wina osoby drugiéj byłaby wykluczoną.

II. Z oddziału prof. Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O wpływie *kali telluricum* na poty u suchotników.

Podał
Dr. Wł. Pohorecki, sekundaryjusz.

Przeczytawszy rozprawę p. Dra Edmunda Neussera p. t.: „*Ueber tellursaures Kalium als Mittel gegen die Nachtschweisse der Phthisiker*“ w *Wiener klin. Wschrft.* z dnia 5 czerwca 1890, a zachęcony przez prof. Dra Pareńskiego i korzystając z Jego pozwolenia i łaskawego poparcia, zacząłem na tegoż oddziale robić doświadczenia z *kali telluricum* i używałem go głównie u chorych na gruźlicę płuc, u których poty występowały. Materyjał miałem do dyspozycyi dosyć znaczny, a obserwowanych przypadków liczba była sporą, więc zebrane dane o działaniu tego leku w krótkości zestawiłem.

Lek ten podawałem tak w początkowych okresach, jak również średnich, a wreszcie w przypadkach gruźlicy płuc do wysokiego stopnia rozwiniętych, skoro tylko poty się pokazywały. W ciągu tych doświadczeń zwracałem uwagę nie tylko na samą sprawę pocenia się, ale i na przebieg, względnie postępowanie sprawy gruźliczéj śród używania tego leku, daléj na przewód pokarmowy, gorączkę i w ogóle na ustrój, o ile i w jaki sposób lek ten wpływa na funkcyje ustroju gruźlicą dotkniętego. Lek ten podawano w blisko 50 przypadkach, mianowicie podobnie jak Dr. Neusser w pigułkach zaczynając od 0·01 *pro dosi*, dochodząc do 0·05 *pro die*, rzadko do 0·06 w miarę większéj lub mniejszéj potrzeby.

Jak przy innych środkach leczniczych, tak też i przy tym, działanie na pojedyncze indywidua nie okazywało się jednakowe; można było zauważyć, że skuteczność leku i zachowanie się organizmu było odmienne w początkowych okresach gruźlicy płuc, niż w późniejszych; wreszcie oddziaływanie i wpływ na niektóre organizmy w pewnych kierunkach było prawie zupełnie identyczne bez względu na okres choroby, w innych zaś odmienne.

Stosownie też do tego, że się tak wyrażę, pokrewieństwa w działaniu w pewnych kierunkach jednostajnem, zestawiłem przypadki obserwowane w pojedyncze grupy:

I. Do pierwszéj grupy zaliczę przypadki, gdzie sprawa chorobowa gruźlicza bardzo była posuniętą, że tak powiem, w okresie przedkońcowym. Stan gorączkowy prawie ciągły z malemi remisyjami, a poty bardzo obfite i to albo tylko w nocy lub też kilka razy na dobę. W grupie téj do pożądanego skutku potrzeba było największych dawek i właśnie w téj grupie dochodzić trzeba było czasem do 0·05 lub 0·06 *pro die*. W razach, gdzie gruźlica obok płuc zajmowała i jelita, wpływu w jakimś kierunku dodatnim lub ujemnym nie można było zauważyć.

a) Uwzględnię najprzód przypadki, gdzie poty głównie w nocy występowały. Otóż podawane *kali telluricum* wieczór usuwało poty już w dawce 0·02, w przypadkach uporczywych 0·03 *pro dosi* przeciętnie wystarczało. Przykład:

Wincenty W., l. 40, dyjurnista, przyszedłszy na oddział okazywał obok wychudnienia znacznego, w płucach zmiany znaczne, jako to: płuco lewe od przodu w całości zajęte gruźliczo, od tylu stłumienie sięgało do dolnego kąta łopatki z rzężeniami obfitemi a w szczycie znajdowały się jamy. — Płuco prawe od szczytu z przodu do 3 go żebra, a od tyłu do $^1/_2$ łopatki nacieczone z objawami jak wyżéj. Przez pierwsze 4 dni obserwacyi szpitalnéj chory gorączkował w granicach 38—40° C., przyczem ciepłota wyższą bywała zwykle rano. Apetyt mały, stolec nieregularny. Poty w nocy obfite stwierdzone na oddziale. W 15. dniu pobytu w szpitalu podano na noc 0·02, poczem potów nie było w nocy. Przez 5 dni następnych potów nie bywało, a ciepłota jak poprzednio, również przewód pokarmowy jak dawniéj. W 10 dniu (a 14 obserwacyi) mimo 0·02 poty w nocy dosyć znaczne, stąd w 11 dniu na noc dano 0·03, a pocenia się w nocy nie było. Przez 3 dni następne przy zażywaniu po 0·03 na noc poty się nie pokazywały, poczem mimo usunięcia *kali tellur.* skłonność do potów prawie w zupełności w tym przypadku na kilka dni przed śmiercią ustąpiła. Zmiany w płucach bez przerwy postępowały. Woń charakterystyczna czosnkowa od chwili zażywania dosyć znaczna aż do śmierci. Nadmienić tu muszę, że właśnie w tym przypadku (zresztą z obserwowanych jedynym) okazała się senność w dniu 11 obserwacyi, czego poprzednio nie było, a przyczyny w środkach nasennych nie można było wykazać, chory zażywał bowiem tylko 0·01 mf. w roczynie płynnym na przeciąg 24 godzin; dla braku skłonności do znacznego kaszlu narkotyku nie używano w większéj ilości.

b) Przy potach bardzo obfitych pojawiających się w tych okresach choroby kilka razy na dobę, dostrzedz można było, że poty występujące w nocy łatwiéj i mniejszemi dawkami dawały się usunąć, poty zaś nad ranem wymagały do usunięcia większych dawek, a dawki te dla osiągnięcia dodatniego bez przerwy wyniku, już po kilku dniach trzeba było podnosić. Zastrzedz się tu muszę, że wyjątki bywały względnie nie bardzo rzadkie. Co do samego działania po zażyciu pigułek objawiało się ono przeciętnie już w trzy kwadranse do godziny, a trwało około 5—7 godzin, poczem (w tych przypadkach uporczywych) poty znów występowały. Do usunięcia tych następowych potów (a więc rannych) podane w porę *kali tellur.* sprowadzało najczęściéj wynik dodatni tak, że odpowiednio podane pigułki usuwały lub choćby zmniejszały pocenie się na przeciąg całéj doby w przeważnéj liczbie przypadków. Wpływu na przewód pokarmowy po największéj części wśród używania dawek 0·01 do 0·04 nie było widocznego; w pojedynczych tylko przypadkach przelotna poprawa apetytu, a przy dłuższem używaniu i postępowaniu w dawkach do 0·06 *pro die* odbijania, utrata apetytu, obłożenie znaczniejsze języka, co jednak w kilka dni po usunięciu *kali tellur.* ustępowało. Wogóle przypady żołądkowe (przy dawkach wyższych) występowały mniéj lub więcéj co do częstości w stosunku 1 na 3. Zmiany swoiste w płucach kroczyły naprzód bez przerwy. Senności lub ospałości oprócz przytoczonego przypadku nie zauważono.

Przykład co do kilka razy dziennie występujących potów: Iwan M., lat 27, wyrobnik, okazywał w czasie nim zaczął zażywać *kali tell* po stronie prawéj z przodu do górnego brzegu 5 żebra, z tyłu do dolnego kąta łopatki, zaś po stronie lewéj odgłos wypukowy stłumiony w szczycie z przodu do 3-go żebra, a z tyłu do połowy łopatki. W szczycie prawym oskrzelowy szmer oddechowy, a w granicach stłumienia rzężenia, przeważnie średniobańkowe, miejscami dźwięczne. W szczycie lewym rzężeńka po kaszlu obfite, wdech od przodu pęcherzykowy przerywany z furczeniami, świstami a wydech oskrzelowy. Z tyłu w szczycie oddech oskrzelowy, niżéj skąpo rzężeń drobnych. Ciepłota w ciągu obserwacyi wahała się od 38·6 do 40° C. z rannemi remisyjami. Poty codziennie z wieczora i nad ranem dosyć obfite. Apetyt mały; stolec często zaparty. Chory z początku dostał na noc 0·01 *kali*, poczem w nocy poty były mniejsze a nad ranem jak zwykle (nawiasowo dodać wypada, że w podobnych do tego przypadkach 0·01 rzadko skutek pożądany wywoływało); w dniach trzech następnych 0·02 na noc; potów

już w nocy nie było, ale rano jak poprzednio. Przy podawaniu zaś w dniu następnym (z kolei 5-ym) obok wieczornej dawki 0·02 także nad ranem 0·02 przed wystąpieniem potów na godzinę mniéj lub więcéj, pokazywały się poty ale mniejsze, a przy postępowaniu w następnych dniach do 0·03 rano prawie w zupełności ustąpiły. Że tu przypisać działanie należało *kali tell.*, o tem przekonać się mogłem wstrzymując przez jeden dzień podanie pigułek, albowiem nazajutrz znowu pocił się chory. W pierwszych dwóch dniach brania, a więc przy dawce 0·01 i 0·02 apetyt nieco się polepszył, poczem wrócił do dawnego stanu, aż dopiero po dawkach 0·05 *pro die* po pięciu dniach utrata apetytu, odbijania czcze, co jednak w dwa dni po usunięciu *kali* ustąpiło. Sprawa chorobowa w płucach bez przerwy jak poprzednio postępowała, również stan gorączkowy nie był innym jak z początkiem obserwacyi szpitalnéj. Woń zbliżona do czosnkowéj bardzo silna, o czem jednak chory samowiedzy nie miał.

II. Grupa przypadków gruźlicy płuc, gdzie sprawa chorobowa jeszcze tak znacznego bardzo obszaru płuc nie zajęła, jak to w grupie I. miało miejsce; gdzie jednak stan gorączkowy był a poty albo w nocy tylko lub też tak w nocy jak i w dzień. W téj liczbie przypadków poty nocne względnie wieczorne jak również dzienne zmniejszały dawki 0·01, czasem usuwały, częściéj niż w grupie poprzedniéj, a przeciętnie 0·02 usuwały w zupełności poty tak wieczorne jak i dzienne, choć dzienne czasami trudniéj, podobnie jak w pierwszéj grupie, zawsze jednak skuteczność mniejszych dawek niż w I. grupie była widoczniejsza. Rozumie się przy użyciu drugiéj dawki tego środka po 0·02 przed wystąpieniem rannych względnie dziennych potów. Wpływu na przewód pokarmowy zauważyć nie można było; narkotycznego działania również nie. Sprawa gruźlicza postępowała w największéj liczbie przypadków jak poprzednio, a jakiegoś wpływu dodatniego ani ujemnego nie dało się dostrzedz.

Jako przykład przytoczę chorą, u któréj z przelotnym skutkiem stosowano atropinę a następnie *acid. agaricinicum*, które u téjże choréj potów nie zmniejszało. Tekla G., l. 21, służąca, u któréj zmiany w narządzie oddechowym były: po stronie lewéj od przodu odgłos wypukowy przytłumiony prawie na całéj przestrzeni a z tyłu przytłumienie dosięgało do połowy łopatki; po stronie zaś prawéj z przodu tylko w szczycie przytłumiony, a z tyłu tylko lekko przytłumiony do grzebienia łopatki. Po lewéj stronie słyszalne były rzężenia dźwięczne przy wydechu w górze oskrzelowym, w szczycie prawym tylko po kaszlu rzężenia bardzo skąpe, drobne, głuche. Ciepłota ciała w kilkunastu dniach obserwacyi wahała się między 37·4 a 38·[illegible]; poty przytem w nocy codziennie. Apetyt mały. U téj choréj po 0·01 *kali tell.* na noc poty się jeszcze pokazywały, ale znacznie mniejsze. Przez kilka dni z rzędu nie podwyższano dawki dla przekonania się, czy zmniejszenie to jest rzeczywistem, dowodem na to była okoliczność, że po usunięciu na jeden dzień *kali tellur.* poty w dniu następnym z dawnem nasileniem wróciły, a po podaniu znowu 0·01 zmniejszenie pocenia się było widoczne Podwyższenie dawki na 0·02 usuwało poty. Widocznem więc było, że pewna oznaczona dawka odpowiedni ograniczony wpływ na sprawę pocenia się wywierała. U choréj téj to, o czem późniéj wspomnę, przyzwyczajanie się organizmu do leku było stosunkowo bardzo małe, bo dawka 0·02 do wywołania skutku przez przeciąg dni 14 wystarczała.

Inny przykład: Wiktoryja S., lat 30, wyrobnica, przyjętą została na oddział z powodu gruźlicy płuc w stanie gorączkowym. U choréj téj zmiany w płucach były następujące: W szczycie prawym i na obojczyku odgłos wypukowy przytłumiony, niżéj jawny, a z tyłu przytłumiony od szczytu do połowy łopatki. Po lewéj w samym szczycie od przodu stłumienie, z tyłu również prawie do połowy łopatki. W miejscach stłumionych rzężenia głównie po kaszlu drobne, nie dźwięczne przy wydechu oskrzelowym, obok tego liczne furczenia i świsty. Częste odbijania, apetyt lichy; stolec prawidłowy. Ciepłota w pierwszych czasach pobytu w szpitalu w granicach 37·2 do 40° C. (z nasileniami rannemi). Poty w nocy i rano obfite. U téj choréj podano na noc 0·01, w następstwie czego potów w nocy nie było tylko nad ranem, ztąd w dniu następnym podano 0·01 na noc a rano 0·02; poty się nie pokazały przez całe 24 godzin. Po dniach 10 ciągłego używania téj saméj ilości *kali tell. pro die* (po większéj części z dobrym skutkiem), zaczęły się pokazywać rano w dniu 11-ym małe poty, ztąd trzeba było rano stopniowo podać 0·03 dla zniesienia potów; przyzwyczajenie przy téj dawce po kilku dniach (7) znowu było widoczne tak, że dla osiągnięcia pożądanego skutku do 0·04 rano (obok wieczornéj 0·01) posunąć się trzeba było. W ciągu obserwacyi wpływu szkodliwego na przewód pokarmowy nie było. Ciepłota w granicach prawie niezmiennych jak poprzednio przy postępie powolnym a ciągłym sprawy w płucach, podobnie jak w poprzednich przypadkach.

III. Grupa przypadków początkowych gruźlicy, gdzie objawy przysłuchowe i wypukowe ograniczały się tylko do szczytu jednego lub obu, przy gorączce prawie ciągłéj, jednak z remisyjami znacznemi rannemi, potach w nocy obfitych, stwierdzonych na oddziale. Przypadki te były dla doświadczeń z *kali tellur.* najwdzięczniejsze, gdyż tu widoczne było prawie zawsze działanie małych dawek na sprawę pocenia, ale i na przewód pokarmowy częściéj, aniżeli to było w poprzednich grupach; w pierwszych przynajmniéj dniach poprawa apetytu nastawała, poczem apetyt wracał do dawnego stanu, a mimo używania dalszego tych małych dawek *kali tellur.* 0·01 do 0·02, pogorszenie następowe apetytu, którego spodziewać należałoby się, ani razu nie wystąpiło. Ilość 0·01 do 0·02 wystarczała w zupełności do usunięcia potów. W parze z poprawą apetytu w kilka dni spadek ciepłoty i poprawa odżywienia i tak:

Floryjan M., l. 27, wyrobnik, okazywał w dniu przyjęcia w szczycie prawym przytłumienie odgłosu wypukowego z przodu nad obojczykiem i na obojczyku, a z tyłu do grzebienia łopatki a w tymże szczycie obecność głuchych rzężeń z przodu i z tyłu. Po stronie lewéj tylko nad obojczykiem przytłumiony, tamże wdech pęcherzykowy przerywany, furczenia i świsty. Ciepłota ciała w granicach 37—38·6° (wieczór wyższa zawsze) w pierwszych dniach pobytu w szpitalu, nadto poty w nocy, stwierdzone w oddziale. Przewód pokarmowy bez zboczeń. U tego chorego *kali tellur.* w dawce 0·01 podane na noc znosiło poty zupełnie, co się stwierdzić dało i przez następne dni. Po dniach pięciu zaprzestano podawać *kali tellur.* i pokazało się, że potów mimo to nie było. Poprawa apetytu wystąpiła w drugim dniu, a trwała przez pierwszych 3 dni, poczem łaknienie jak poprzednio; w ciągu tych dni zauważyć się dało obniżenie się ciepłoty, ale stan podgorączkowy trwał i chory po kilku dniach przestawszy gorączkować, opuścił szpital. W płucach o tyle poprawa była widoczna, że rzeżeńka bardzo skąpo tu i ówdzie i tylko po kaszlu się pokazywały.

Przypadków tych względnie początkowych gruźlicy płuc niestety szpital nie dostarczał dużo, ale w przypadkach obserwowanych w liczbie 5 zauważyć się dał korzystny wpływ *kali tellur.* nietylko na poty ale i na apetyt, choćby w pierwszych 2 lub 3 dniach. Prawda, że główną rolę warunkom częściowo przynajmniéj polepszonym, w jakich się chorzy tacy znaleźli w szpitalu, przypisać należy, ale bądź co bądź przyznać trzeba, że *kali tellur.* choć w małym stopniu przez usuwanie potów, a bez upośledzenia w tych małych dawkach apetytu i owszem przez poprawienie go, do tego choć w nizkim stopniu przyczyniło się.

Słowo o przyzwyczajaniu się organizmu do *kali tellu- ricum.* Przyzwyczajenie się to zaznacza p. Neusser w swéj rozprawce, mówiąc: „*bei einer geringen Anzahl von Kranken*

jedoch schien durchschnittlich nach Ablauf einer Woche eine Gewöhnung an das Medicament einzutreten". W przypadkach obserwowanych na oddziale tak się rzeczy przedstawiały:

Przy następującéj poprawie saméj sprawy chorobowéj (grupa III) w ciągu obserwacyi i podawaniu tego leku, tam przyzwyczajania się organizmu nie dostrzeżono, mimo że leku używano czasem przez trzy tygodnie.

Inaczéj rzecz się miała w grupie II, a tembardziéj w I, gdzie w większych dawkach i przez dłuższy czas lek podawano. Już na przykładzie grupy I, u chorego W. podniesiono, że w dniu 10 dawka 0·02 odmówiła posłuszeństwa, a trzeba było postąpić do 0·03. U M. zaś przyzwyczajenie się do rannych dawek już po 6 dniach występowało. W ogóle w grupie I przyzwyczajanie się do leku jeżeli powstawało, to w granicach mniéj lub więcéj między dniami 5 a kilkunastu i jak to już na przykładach widać, częściéj to dotykało potów rannych.

W grupie II dawki już wystarczały na dłuższy przeciąg czasu. W przytoczonych przykładach np. u choréj G. dawka 0·02 na dwa tygodnie wystarczyła. Pominąć jednak nie można téj okoliczności, że tak w II jak i I grupie przypadków czasami przyzwyczajenia się dośledzić nie można było, owszem przy ciągłem braniu przez dłuższy czas tychże samych dawek skutek był dobry, jak to na przykładzie najlepiéj widać:

Maryja W., l. 50, wyrobnica, przedstawiała w dniu przyjęcia do szpitala zmiany w płucach gruźlicze w następujących rozmiarach. Po stronie prawéj stłumienie do 3-go dolnego żebra, w szczycie odgłos wypukowy bębenkowy z objawem Wintricha, a z tyłu słumienie dosięgało do dolnego kąta łopatki. Po lewéj stłumienie do doln. 2-go od przodu, a od tyłu nieco powyżéj połowy łopatki. Przysłuch: po prawéj oskrzelowy oddech z rzężeniami przeważnie średniobańkowemi, dosyć dźwięcznemi, rzężeń więcéj od tyłu na wysokości ½ łopatki, przeważnie drobnych. Po stronie lewéj rzężeń mniéj pokrywających wdech; wydech oskrzelowy. Obok stanu gorączkowego do 39° poty w nocy. Chora ta zażywała przez kilka dni pierwszych *acid. agaricinicum* 0·01 na noc. Otóż poty po przelotnem zmniejszeniu istniały jak poprzednio. W dwa dni potem podano *kali tellur.* 0·01 na noc, a już w nocy potów nie było. U choréj téj przez 6 tygodni z rzędu dawka ta wystarczała do wyniku dodatniego i potów nie bywało. Ta wyższość, że tak powiem, w działaniu przeciw potom *kali tellur.* nad *acid. agaricin.* (w równie wielkich dawkach) stwierdzić się dało nietylko w przytoczonym przykładzie, ale i na kilku innych, gdzie przed podawaniem *kali tellur.* stosowano przez jakiś czas na oddziale *acid. agaricinicum.* Przyczem zaznaczyć wypada, że ciepłota prawie jak poprzednio a sprawa chorobowa zwolna postępowała.

W ciągu obserwacyi trafiały się jednak przypadki, wprawdzie nieliczne, pojedyncze tylko, gdzie *kali tell.* wywoływało tylko skutek minimalny i powstawało tylko zmniejszenie się potów; na szczęście przypadki te były można powiedzieć wyjątkowe.

Do ujemnych stron *kali tellur.* należy woń zbliżona do czosnkowéj, którą u osób zażywających lek ten czuć można, co zresztą niejednokrotnie od dawna przy doświadczeniach nad *kali tellur.* stwierdzono. Przy małych dawkach 0·01—0·02 woń tę z powietrzem wydechanem czuć tylko w bezpośredniéj bliskości chorego; przy większych zaś dawkach woń tę od niektórych osób (nie od wszystkich) czuć już z odległości mało co mniejszéj niż metrowéj. Woń ta pojawia się u niektórych już po kwadransie, u innych późniéj, co też odnieśćby wypadało do żołądka mniéj lub więcéj wypełnionego pokarmami. Najprzykszejszą jest ta okoliczność (co również niejednokrotnie było stwierdzonem dawniéj, jak np. przez prof. Wöhlera, Hansena i innych), że woń ta zwykle dłuższy czas, czasem tygodniami się utrzymuje, mimo że środka zaniechano. Woń ta zwolna słabnąc, jak to mogłem obserwować, ginie najwcześniéj po 6 lub 7 dniach, najczęściéj jednak dopiero po 4 do 8 tygodniach. Względnie korzystnem téj strony ujemnéj jest to, o czem i p. Neusser wspomina, że chorzy nie czują sami tego odoru w przeważnéj liczbie. Nawet inteligentniejsi rzadko sami z własnéj inicyjatywy spostrzegają to na sobie, zwykle otoczenie zwraca dopiero ich uwagę.

W końcu milczeniem pominąć nie mogę téj uwagi, że ten środek wpływa również na zmniejszenie się pocenia się nietylko u chorych dotkniętych gruźlicą płuc, ale u osób zresztą zdrowych. W dwóch przypadkach, w których podałem *kali tellur.* z prostéj ciekawości, okazał się wpływ widoczny nawet przy zwykłych potach w lecie w dnie, w których panowały upały. Potów w tych razach przez przeciąg kilku godzin nie było lub tylko nieznaczne, mimo że indywidua te w tych samych zresztą warunkach i cieplocie się znajdowały, jak kiedyindziéj, kiedy pocenie się występowało. Zażywano lek ten w tych przypadkach w dawkach 0·01 i 0·02. Woń zbliżona do czosnkowéj utrzymywała się przez przeciąg 5 tygodni, słabnąc zwolna.

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Prof. Falk (Berlin): **Z kazuistyki zaczadzeń.**

W przypadkach zaczadzeń, w których zatruty zanim śmierci uległ, oddechał powietrzem czystem, często nie daje się stwierdzić CO we krwi ani próbą sodową ani spektralną. Autor przekonał się w licznych doświadczeniach, dokonanych na zwierzętach, że mięśnie utrzymują CO znacznie dłużéj w sobie, zwłaszcza zaś mięśnie klatki piersiowéj. Przekonał się nadto, że w tych przypadkach, gdzie zwierzę, które oddechało gazem świetlnym, a potem czystem powietrzem, krew nie okazywała COhb, to mięśnie za pomocą szklanego uciskadła wstawione do przyrządu widmowego, okazywały dwie smugi COhb. Krew okazywała w tych przypadkach zwykle ciemne zabarwienie, mięśnie zaś długo jeszcze były jasno-różowo zabarwione. Przekonał się również, że w ciałach gnijących, pochodzących od istot zmarłych z zaczadzenia, we krwi nie można już było stwierdzić COhb, w mięśniach zaś jeszcze dokładnie.

W końcu F. przypuszcza, że CO nagromadzony w mięśniach, zwłaszcza klatki piersiowéj, działa porażająco na nerwy ich i ztąd wywołuje rodzaj niedomogi tych mięśni, w następstwie czego przychodzi do ocieklinowych zgęszczeń płuc. (*Vierteljahrschrift f. gericht. Med.*, 1891, 4 poszyt). *Dr. Wachholz.*

Maschka (Praga): **O barwie starych kości.**

Zwykłą barwą starych kości jest bronzowa lub bronzowo żółta, która jednak ogranicza się tylko do blaszki zewnętrznéj, podczas gdy warstwy głębiej leżące są białe. Ważnem to jest w ocenieniu, czy kość wykopana, która okazuje złamanie, doznała tego uszkodzenia za życia, czy dopiero podczas wyjmowania z ziemi. Otóż miejsce złamania za życia powstałego będzie tak samo zabarwione jak cała zewnętrzna blaszka kości, w przeciwnym razie będzie białe. Zabarwienie kości starych purpurowe widzieli Orfila i Tolot, barwę zieloną mogą otrzymać kości w ziemi miedź zawierającéj lub trumnie miedzianéj, a M. widział kości niebieskie, które, jak przypuszcza, zabarwiły się tak od płaszcza przy trupie znalezionego. Płaszcz ten miał barwę bronzowo-czerwoną, ale mógł przedtem być niebieski. (*Wr. med. Presse* 1891. Nr. 15). *Dr. Ebersohn.*

Choroby weneryczne i skórne.

Kauders (Wiedeń): **Przypadek** *endarteritis luetica*.

Mężczyzna młody, lat 34 liczący, przyjęty d. 17 lipca 1887 r. do powszechnego szpitala wiedeńskiego, uskarżał się na zajęcie i zawrót głowy, utratę pamięci. Siła mięśniowa kończyny prawéj górnéj i lewéj dolnéj znacznie osłabiona i brak prawego sprychowego tętna. Chory dotychczas zdrów, przechodził tylko przed 6 laty kiłę z jednym nawrotem. W październiku wystąpiła nagła utrata świadomości z porażeniem prawéj połowy ciała i afazyją, która bardzo powoli ustępowała. W grudniu po wystąpieniu uremii chory umarł. Sekcyja wykazała: *Arteria fossae Sylvii* aż do *gyrus supramarginalis* zatkana skrzepem zorganizowanym, podczas gdy jéj rozgałęzienia czołowe i skroniowe płynną krwią są wypełnione. Ściany tętnicy zgrubiałe, intima skutkiem białych nacieków guziczkowatych nierówna. Zwoje na podstawie półkuli lewéj rozpulchnione przedstawiają brunatno-żółtą, płynną masę. Intima aorty wstępującéj zgrubiała, nierówna, guziczkami białemi naciekła, bez złogów wapiennych (zmiany Heubnera). Ujścia tętnic wieńcowych znacznie zwężone. W górnéj połowie śledziony jama wielkości pięści, nekrotyczną posoką wypełniona. Tętnica jéj przy ujściu swem zatorowana. Intima jéj, jakoteż tętnic nerkowych zgrubiała, nierówno guziczkami obsiana. Nerka lewa do piątéj swéj części zmniejszona, a rozgałęzienia jéj tętnicy licznemi zmianami Heubnera zajęta. *Vena cruralis* skrzepami zatorowana, odpowiadająca jéj tętnica, jakoteż tętnica ramieniowa prawa, skutkiem zgrubienia i nacieku białego warstwy wewnętrznéj tak znacznie zwężona, iż otwór wolny środkowy ledwo milimeter wynosi. Nie ulega wątpliwości, że zmiany w układzie tętniczym były natury kiłowéj (młody wiek chorego, badanie anatomiczne) a przypadek z tego względu autor ogłasza, iż tak rozległe zmiany, zajmujące prawie cały system tętniczy, jakoteż i aortę wstępującą, do nadzwyczajnych rzadkości należą. (*Wr. kl. Wschr.* 1891, Nr. 42).

E. Stern (Mannheim): **O niektórych chorobach skórnych u muzykantów.**

Znane są lekarzom dermatozy profesyjonistów, a z odpowiednich zmian na skórze i ich umiejscowienia z góry zatrudnienie takiego człowieka odgadnąć można, jak np. łuszczyca praczek (*psoriasis lotorum*) itd. Autor opisuje trzy dermatozy powstające tylko u muzykantów:

a) *Sykosis* skrzypków. Jestto wyprysk usadawiający się na lewéj połowie twarzy, mianowicie na dolnym odcinku brody. Górną jego granicą jest linija, łącząca *protuberantia mentalis* z *angulus mandibulae*, dolną górny brzeg szyi. W okolicy téj widzimy miejsce zawsze podłużne, zajęte guziczkami, pęcherzykami, jakoteż strupami. Oczywiście, że stan ten powstaje w skutek tarcia i ucisku téj części skrzypców, które się do brody przykłada.

b) Wyprysk flecistów. Powstaje u tych flecistów, którzy używają fletów sporządzonych z drzewa grenadylowego indyjskiego (*Anthyllis cretica*). W skutek przykładania ust dostaje się wyprysku około warg i brody. Drzewo grenadylowe zawiera żywicę, która przez oślinianie osadza się na skórze okołowargowéj grającego. Dla tego część ustna fletów dobrych winna być z kości słoniowéj.

c) Zmiany warg u trębaczy. U trębaczy często na granicy warg tworzą się drobne czyraki, które szybko zbierają, zostawiając po sobie miejsce łuszczące. Często zauważyć można zgrubienie przybłonka warg. (*Tylosis labialis*). (*M. m. Wschfrt*, Nr. 42, 1891).

Prof. Pick (Praga): *Linimentum exsiccans Pick* **w chorobach skórnych.**

Przez P. utworzone kleje gelatynowe działają w chorobach skórnych jako *antiseptica* i *antiphlogistica*. Gelatyna odbiera skórze ciepło i wilgoć, przylegając do niéj potem hermetycznie. Jeżeli z nią złączymy lek, który zastosować właśnie chcemy, będziemy mieli metodę leczniczą lepszą, aniżeli wszelkie plastry i maście. Kleje P. mają jednak i stronę ujemną. Przed użyciem trzeba gelatynę najpierw ogrzać, aby się stała płynną, a stopień płynności nie jest obojętnym i trzeba mieć dużo doświadczenia, aby wiedzieć, przy jakiéj ciepłocie gelatynę rozcierać. Powtóre gelatyna krzepnie bardzo prędko i dlatego lek z nią złączony nie daje się dostatecznie silnie w skórę wetrzeć. Aby tym brakom zapobiedz, postanowił P. gelatynę zastąpić gumą tragakantową, a mianowicie w następującym składzie i stosunku: 5 części gumy, 2 części gliceryny na 100 części wody. Sproszkowaną gumę dodaje się częściami, mięszając ciągle, przez co tworzy się syrupowata kleina, która roztarta na skórze, sprawia bardzo przyjemne uczucie chłodu. Z kleiną tą można łączyć wszelkie leki w dermatologii używane, jak kw. salicylowy, resorcynę, cynk, ichtyjol, siarkę, dziegieć, naftol, kreolinę itd., a nawet przechowywać długi czas bez obawy, kleina ta bowiem nie rozkłada się i nie psuje złączonego z nią leku. (*Archiv. f. D. u. S.*).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Finkler (Bonn): **Leczenie ostrego zapalenia płuc jako choroby zakaźnéj.**

W leczeniu zapalenia płuc nie można postępować według pewnego szablonu, na nic się tu nie zdadzą podręczniki lub dzieła, pneumonia bowiem w każdym przypadku wymaga nadzwyczajnéj czujności lekarza, bo u każdego osobnika inaczéj się leczy. Mimo to pewnych dyrektyw trzymać się musimy. W pierwszéj linii obowiązkiem jest naszym niszczyć pneumokoki. Prowadzi do tego skrupulatnie utrzymywana czystość nie tylko samego chorego, ale także jego otoczenia i pokoju, w którym leży. Bakteryje wydobywają się z chorego organizmu razem z plwocinami, takowe więc powinien chory spluwać do szklanych spluwaczek, ale nigdy do chustek. W spluwaczce niszczy się najlepiéj pasorzyt roztworem 3% ługu potasowego i boraksu. W celach zapobiegawczych należy w razie epidemii leczyć nieżyty oskrzelowe kwasem karbolowym według formułki: Rp. *Acid. carbol.* 1·0—3·0 (!) *Aq. dest. et Mucilag. gummi aa.* 100·00 *DS.* 3 razy dziennie łyżkę stołową. W razie epidemii influenzy, celem zapobieżenia pneumonii, najlepiéj podawać chininę w dawce 0·50 dziennie. W razie wybuchu choroby kalomel i *tartar. emet.* podany, działają często abortywnie. (Mosler w Gryfii). *Tart. emet.* podajemy w dawkach 0·10—0·30 na 200·00. Wywołuje on większy nawał krwi do płuc, a zatem i lepsze wykrztuszenie plwocin, w których się bakteryje i ptomainy znajdują. Zwiększoną ciepłotę radzi autor zwalczać kąpielami. Tętno po kąpieli staje się powolniejsze i regularniejsze, podrażnienie mózgu i układu nerwowego ustępuje, oddech staje się wolniejszym, sinica znika. Kąpiele o ciepłocie 23° C. można stosować 2 razy dziennie. Dobrze jest w kąpieli zlewać chorego wodą gorącą (40° C.). Chinina dobrze wspomaga działanie kąpieli, antipyriny długo jednak używać nie należy. Osłabienie serca nie jest przeciwwskazaniem do używania kąpieli, owszem w przypadkach zapadu kąpiel gorąca (30° C.) działanie serca podnosi. Zimnych kąpieli używa autor tylko u ludzi silnych i krwistych. Na największą jednak uwagę zasługuje zapatrywanie autora na wenesekcyję. W przypadkach nagromadzenia się krwi w systemie żylnym i sercu prawem, poczem zazwyczaj agonija występuje, upust krwi żylnéj, uwalniający serce z nagromadzonéj zbytnie krwi, ratuje chorego od niechybnéj śmierci, serce bowiem uwolnione od balastu tem energiczniéj funkcyjonuje. Niezapominajmy, że zdanie to wypowiada znany profesor i praktyk, przypisujący tym sposobem tak niesłusznie dziś zupełnie zaniedbanéj wenesekcyi w pewnych wskazaniach znakomitą wartość. (*Aerzt. Rdschau*, Nr. 3, 1891).

Patologija.

J. Gold (Odesa): **Wyleczenie nosacizny wcierkami rtęciowemi.**

Pierwszy autor leczył i wyleczył przypadek nosacizny wcieraniem szaruchy, a opis tego przypadku podał w *Berl. klin. Wschrft*, Nr. 30, 1891. W dwa lata potem przybył na jego oddział wieśniak z okolicy Odesy z wyraźnemi objawami nosacizny. *Phlegmone* przedewszystkiem zajmowała w postaci trzech ognisk udo prawe. G. poprzecinawszy głęboko

te miejsca i antyseptycznie opatrzywszy, nie wahał się przystąpić do leczenia rtęciowego w kształcie wcierek szaruchą, tem więcéj, iż badanie bakteryjologiczne rozpoznanie potwierdziło. Chory otrzymał 62 wcierek. a wśród téj kuracyi ciepłota z 40° C. opadła do normalnéj, nacieki gruczołowe znikły, posocznica się wygoiła i pacyjent jako zupełnie uzdrowiony szpital opuścił. Inunkcyje uważa autor także za środek zapobiegawczy rozrostowi choroby, a z 30 przypadków, które widział i leczył, tylko 2 rtęcią leczone przy życiu utrzymał. (*Berl. klin. Wschrft*, Nr. 40, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby kobiece.

Winter: O Schröderowskiéj nadpochwowéj amputacyi części pochwowéj dla raka tejże.

Wyjęcie macicy przez pochwę, jako zabieg w raku części pochwowéj, zyskało w krótkim czasie wielu zwolenników i usunęło Schröderowską nadpochwową amputacyję na drugi plan.

Niektórzy autorowie i operatorowie przeszli nad nią na wet do porządku dziennego; że nie mieli racyi, starał się wykazać Hofmeier, który porównywał te dwa zabiegi z dwóch niewątpliwie najważniejszych punktów widzenia, tj. co do bezpośredniego niebezpieczeństwa po operacyi i co do zabezpieczenia przed nawrotem choroby. Pozostaje szczegół mniéj ważny, którego jednak nie można pominąć milczeniem, tem mniéj, że przeciwnicy operacyi Schröderowskiéj mieli go przeciw niéj wyzyskać. Chodzi mianowicie o to, czy pozostający po amputacyi nadpochwowéj kikut, tj. ciało macicy, nie jest dla kobiety operowanéj ciężarem, tj. czy nie usposabia do poronienia, nie wywołuje ciężkich i niebezpiecznych porodów itd. Odpowiedź na te pytania jest trudna, może ją tylko dać statystyka, a nie wiele znano przypadków ciąży po Schröderowskiéj amputacyi. Przypadek taki obserwował autor i opisuje go dokładnie. Jest on z wielu względów ciekawy i dowodzi: 1) że po nadpochwowéj amputacyi części pochwowéj może nastąpić zapłodnienie; 2) że ciąża może trwać prawie do końca bez szczególnych zaburzeń; 3) że w pięć lat po operacyi może się pojawić miejscowa recydywa raka i 4) że podczas ciąży, porodu i połogu recydywa rozwija się szybko. W przypadku tym poród odbył się lekko w 36-ym tygodniu ciąży. Veit obserwował kobietę, która w przeciągu trzech lat po nadpochwowéj amputacyi dwa razy poroniła i raz porodziła lekko na końcu ciąży. Nadto widzieli poród prawidłowy po téj operacyi Breisky i Byrne. Znacznie częściéj spostrzegano ciążę i prawidłowy poród po zwykłem odcięciu części pochwowéj. Z drugiéj strony znane i opisane są przypadki, w których zabiegi wykonane na części pochwowéj stawały się przyczyną ciężkich zaburzeń podczas porodu, najczęściéj z powodu niepodatnych blizn w okolicy nowego ujścia zewnętrznego. Najniepodatniejsze blizny powstawały naturalnie po zabiegach, które same wykluczają gojenie się rany przez rychlozrost, np. po odcięciu części pochwowéj za pomocą galwanokaustycznéj pętli. Jeśli jednak zabieg wykonano nożem, szew założono dokładny, baczono na aseptykę rany, jednem słowem, jeżeli ranie dano wszelkie warunki gojenia się *per primam*, wtenczas nie ma obawy, ażeby z powodu blizn poród doznał zaburzenia. Pozostaje ciekawy do wytłomaczenia fakt, dla czego kobiety po operacyi Schröderowskiéj tak rzadko, prawie wyjątkowo zachodzą w ciążę: z 43 kobiet operowanych za czasów Schrödera, które autor badał, nie urodziła ani jedna. Przyczyną tego jest naturalnie w przeważnéj części przypadków podeszły wiek, w innych zaś zwężenie nowego ujścia zewnętrznego, lub ukryte położenie takowego za fałdem błony śluzowéj. Nie ulega najmniejszéj prawie wątpliwości, że te dwie przyczyny dadzą się usunąć.

Bolesne miesiączkowanie wydarza się rzadko po operacyi Schröderowskiéj, znacznie częściéj po odcięciu części pochwowéj pętlą galwanokaustyczną. Również nieuzasadnioną jest obawa co do zapalenia błony śluzowéj macicy, które zdaniem Saurenhausa ma prawie zawsze towarzyszyć rakowi części pochwowéj. Zmiana ta, któréj związek z rakiem wcale nie jest niezbicie udowodniony, a która ma się objawiać krwotokami podczas miesiączki, ustępuje najczęściéj po operacyi.

Nieliczne przypadki, w których obok raka części pochwowéj obserwowano ogniska rakowe w trzonie macicy, nie są po większéj części zupełnie jasne i wolne od zarzutów i nie usprawiedliwiają w każdym przypadku raka części pochwowéj wyjęcia całéj macicy. Nie ulega bowiem wątpliwości, że kombinacyja raków w tych dwóch miejscach należy do nader rzadkich wyjątków. Zbyteczna dodawać, że pod tym względem zupełnie inaczéj zachowuje się rak szyi macicy, wychodzący z błony śluzowéj przewodu szyi. Dla téj formy ujście wewnętrzne nie stanowi żadnéj zapory i ten szerzy się zawsze ze szyi na trzon; nie do leczenia téj formy raka nadaje się Schröderowską metodą operacyjną.

W dalszym ciągu pracy stara się autor cyframi wykazać, że śmiertelność po wyjęciu całkowitem macicy przez pochwę jest, pomimo znakomicie udoskonalonéj techniki tego zabiegu, przecież większą niż po operacyi Schröderowskiéj (8·4% a 6·5%) i że nadpochwowa amputacyja, wykonana w odpowiednim przypadku, zabezpiecza równie dobrze przed nawrotem, jak całkowite wyjęcie macicy. Biegły operator, który powinien być równie biegłym dyjagnostą, znajdzie niewątpliwie dużo przypadków, nadających się do operacyi Schrödera i to tem więcéj, w im wcześniejszem stadyjum będą lekarze rozpoznawać raka i do operacyi posyłać. (*Zeitschr. für Geburts. und Gynaek.* XXII, 1, 1891).

Dr. Al. Rosner.

W sprawie leczenia gruźlicy przez Kocha.

(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 45.)

Co się tyczy reakcyj chemicznych, które cechować mogą czystą tuberkulinę, wymienia Koch następujące: Tuberkulina daje przedewszystkiem wszystkie reakcyje istot białkowatych, n. p. reakcyję biuretową, reakcyję z odczynnikiem Milona i t. d.; kwas fosforo wolframowy, octan żelazowy, siarkan amonowy, kwas garbnikowy strącają tuberkulinę z rozczynu w zupełności. Kwas octowy również wywołuje w rozczynie wodnym z początku zmącenie, a nawet słaby osad; ten jednak w nadmiarze kwasu octowego łatwo się rozpuszcza. Istota strącona za pomocą kwasu octowego okazuje działanie takie samo co do jakości i siły, jak tuberkulina czysta i zdaje się, że jest to połączenie identyczne. Rozczyn wodny kwasu pikrynowego sprawia kłaczkowaty osad, który przy ogrzaniu rozpuszcza się a po oziębieniu płynu na nowo się zjawia. Rozcieńczony kwas solny i siarkowy nie dają osadu; podobnie zachowują się i zgęszczone rozczyny tych kwasów. Natomiast daje kwas azotowy osad, który przy gotowaniu staje się żółtym, a za dodaniem ługu sodowego brunatno czerwonym (reakcyja ksantoproteinowa).

Badania chemiczne Proskauera i Briegera wykazały, że czysta tuberkulina zawiera 16·65—20·46% składników nieorganicznych (popiołu), a mianowicie fosforanu magnowego i potasowego, chlorków nie zawiera. Analiza elementarna części organicznych téj istoty działającéj w tuberkulinie wydała następujący skład tejże: C. 47·02—48·13%, H. 7·06—7·55%, N. 14·45—14·73%, S 1·14—1·17%.

Jeżeli się zważy opisane dotąd własności czystéj tuberkuliny, to przychodzi się do przekonania, że istota ta należy do ciał białkowatych. Jednakże wysoki skład części nieorganicznych każe przypuszczać, że nie jest zupełnie czystą, lecz że istnieją domieszki w małéj ilości składników mineralnych, które w zastosowaniu leczniczem przetworu nie mają znaczenia. Jakkolwiek tuberkulina najbardziéj zbliżoną jest do albumoz, to jednak różni się od tychże, a w szczególności od tak zwanych toksalbuminów, swoją opornością względem wyższéj ciepłoty. Również od peptonów różni się pod rozmaitemi względami, a szczególnie przez to, że z octanem żelazowym daje osad. Jest rzeczą prawdopodobną, że przy dalszem badaniu produktów bakteryj patogenicznych

napotka się na inne podobne ciała, które utworzą osobną grupę ciał białkowatych.

Skoro się udało istotę działającą tuberkuliny możliwie oddzielić i przeprowadzono nią doświadczenia wyżéj opisane na świnkach morskich, było rzeczą ciekawą dowiedzieć się, jak istota ta działa na człowieka, a mianowicie, czy pożądane wyniki terapeutyczne osiągane działaniem surowej tuberkuliny nie wystąpią pod wpływem czystéj tuberkuliny bez przykrego działania ubocznego. W tym celu wykonał Koch kilka doświadczeń na ludziach zdrowych, mianowicie na lekarzach; oto wyniki:

Dr. K i t a s a t o dostał dnia 24 czerwca 1891 2 mg. czystéj tuberkuliny podskórnie. Ciepłota podczas injekcyi wynosiła 36·5°, w ciągu 8 godzin podniosła się do 38·3° i utrzymywała się przez 3 godziny na téj wysokości, poczem szybko napowrót opadła. W 4 godziny po wstrzyknięciu wystąpiło drażnienie do kaszlu, które trwało 3 godziny, nadto ból głowy, znużenie ogólne, poty, tętno z 72 podniosło się do 92.

Dr. W a s s e r m a n n otrzymał dnia 25 czerwca injekcyję z 3 mg. Ciepłota podniosła się z 37·2° do 38·7°. Na początku reakcyi ból głowy, mięśni brzusznych i klatki piersiowéj. Tętno z 80 na 114.

Dr. M a a s s 13 lipca 4 mg. Ciepłota z 37° na 39°; objawy podmiotowe: dreszcz, a następnie uczucie gorąca, ból głowy.

Dr. G u t t m a n n 28 lipca otrzymał injekcyję z 5 mg. Objawy były silniejsze: ciepłota 39·2°, dreszcze, wymioty, bezsenność. Tętno 135.

Z prób tych widać, że objawy co do nasilenia odpowiadały użytéj dawce.

Z odpowiednio niższemi dawkami z nadzwyczajną ostrożnością czynił Koch w dalszym ciągu doświadczenia na ludziach dotkniętych gruźlicą, a mianowicie na chorych szpitala Moabit, którym przez kilka miesięcy wstrzykiwał częścią czystą tuberkulinę, częścią naprzemian z surową tuberkuliną. I te doświadczenia przekonały autora, że działanie czystéj tuberkuliny nie wiele różni się od działania surowej. Skutek leczniczy i rozpoznawczy obu przetworów jest ten sam, jeżeli dawki dobierze się odpowiednie, tj. jeżeli reakcyja w obu razach, a mianowicie podniesienie się ciepłoty jest jednakowe. Okazało się przytem, że czysta tuberkulina, która u morskiéj świnki działa 50 razy silniéj niż surowa, u człowieka ma działanie 40 razy silniejsze. Pod względem dawki czysta tuberkulina nie przedstawia żadnéj korzyści. Czy czysta tuberkulina jest połączeniem stalszem, dalsze doświadczenia dopiero okażą. Dotąd surowa tuberkulina jako rozczyn glicerynowy tuberkuliny okazała się bardzo stałą; przynajmniéj Koch nie zauważył na swych najstarszych przetworach zmniejszenia się siły działania.

Jakkolwiek więc próby otrzymania czystéj istoty działającéj z tuberkuliny są ze stanowiska teoretycznego bardzo ciekawe, pod względem praktycznym nie doprowadziły do praktycznych wyników, co jednak nie powstrzyma Kocha, jak zapewnia, od dalszych badań w tym kierunku.

W końcu podaje Koch szczegółowo sposób otrzymywania tuberkuliny i gromi przy téj sposobności tych bakteryjologów, którym drugie ogłoszenie jego o tuberkulinie i jéj otrzymywaniu nie wystarcza, i żądają formalnéj recepty na przyrządzanie tuberkuliny. *Dr. A. Beck.*

IV. Przyczynki do epidemijologii Wschodu

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 44).

Jeżeli choroby zakaźne ustępują tylko w następstwie ustrojowego wyczerpania, to o cholerze na wschodzie nie można tego powiedzieć. Na jéj tu bowiem ustawanie wpływają inne czynniki, jak zmiany klimatyczne, wilgoć i suchość powietrza, a w pewnych okolicach oziębienie się nawet górnych warstw gleby. Nie posiadając środków tak potężnych jak te, któremi rozporządza natura, uciekamy się do zraszania izb, dziedzińców i ulic, do moczenia bielizny i przedmiotów zanieczyszczonych wydzielinami cholerycznych. Jednakże postępowanie tego rodzaju zwalcza prof. Koch, jako mające sprzyjać wykluwaniu się i dalszemu rozwojowi bakteryj przecinkowych. Z drugiéj jednak strony zaleca je Pasteur, jako mogące powstrzymać unoszenie się prątków przez prądy wiatru, który je niejako osadza na naszych błonach, gdzie zawsze znajdą dość wilgoci ku dalszemu rozwojowi. Obie te opinije choć nieco hypotetyczne, znajdują u nas pełne zastosowanie z prostéj przyczyny, że należy przecież działać, aby okazać się pieczołowitymi w obec zatrwożonych mieszkańców. Rzeczy należące do chorych lub zmarłych z zarazy bezwarunkowo wyrzuca się na świeże powietrze, w celu powstrzymania niejako wykluwania się bakteryj przez przyspieszenie ich wyschnięcia. Postępowanie to jednak potępia szkoła Pasteura. Przypuszcza się wprawdzie, że działanie suchego i gorącego powietrza zabija bakteryje przecinkowe, z drugiéj jednak strony ma sprzyjać wykluwaniu się t. zw. „*arthrospores*“ (oznaczonych przez Hueppego), posiadających skłonność przeobrażania się w prątki przecinkowe, mogące znowu rozwinąć swe szkodliwe działanie, gdy tylko znajdą ku temu odpowiednie warunki.

Od chwili zaś ustalenia w pewnych posterunkach sanitarnych przyrządów desinfekcyjnych kwestyja ich rezultatów obchodzi nas przedewszystkiem. Na teraz działaniu ich poddawać się będzie rzeczy podróżnych zatrzymywanych w lazaretach, lub leczonych w nich chorych. Z czasem jednak, gdy się ilość przyrządów parowych powiększy, można się spodziewać, że praktyce odwietrzania poddawać się będzie i mieszkania cholerycznych. Że zaś zadanie tego rodzaju w swem wykonaniu spotka się z wielkiemi trudnościami, więc też niewątpimy, że w naszych tu stosunkach samo tylko powietrze pozostanie jeszcze na długo jedynym środkiem odwietrzającym. Wiedząc z doświadczeń Kocha, że powietrze suche, podniesione nawet do 140° ciepłoty, jest niewłaściwem do desinfekcyi, a z drugiéj strony doświadczając postępowania Löfflera i Gaffkyego z powietrzem wilgotnem, zaczęto i na Wschodzie, oczywiście w miejscach dostępnych, poddawać bieliznę i odzież cholerycznych odwietrzaniu za pomocą wody wrzącéj i to we właściwych łaźniach. Jakkolwiek rezultaty tego postępowania mało mi jeszcze są znane, to bądź co bądź pierwsze próby okazały się bardzo zadowalającemi Z chemicznych przetworów, jakiemi posługujemy się w czynności odwietrzania na pierwszem miejscu figuruje siarka, azotan potasu, kwas karbolowy, siarkan miedzi i ostatecznie dwuchlorek rtęci, ten ostatni jednak używany li tylko w zakładach leczniczych. Przetwór ten bowiem nie zyskał jeszcze prawa obywatelstwa w terapii wschodniéj. Nie dlatego jednak, że w jego zastosowaniu należy zachowywać pewne ostrożności, ale jedynie, że go uważają za tracący swą własność wskutek łatwego łączenia się z istotami białkowatemi, zawartemi w wydzielinach cholerycznych. Przeciwnie jednak, ta bowiem własność czyni sublimat bardzo energicznym i cennym środkiem desinfekcyjnym Praktyka odwietrzania mieszkań, w których zaszły przypadki cholery, jest tu połączoną z wielkiemi trudnościami. Przez sam wzgląd na nędzną budowę domów nietylko po wsiach ale nawet i w miastach, przestrzeni mieszkalnych, nie zawsze posiadających okna, a zatem bardzo dostępnych przewiewom, zastosowanie odwietrzań środkami chemicznemi nie daje najmniejszéj korzyści. Co więcéj praktyce téj staje na przeszkodzie i sama niechęć mieszkańców, opierających się nawet sile, gdy ich usuwamy z domów, i umiejących zręcznie ukryć przedmioty i bieliznę, które należały do osób zmarłych z zarazy w domowem kółku.

Omówiwszy szczegóły rozwoju i przebiegu epidemij cholery na tureckim wschodzie, oceniwszy środki, jakiemi rozporządzamy ku ochronie mieszkańców i całych okolic, pozostaje mi uwzględnić praktykowane tu metody leczenia samych przypadków choroby. Rola, jaką terapija odgrywa w leczeniu cholerycznych, jest tu dwojaką: racyjonalną i empiryczną, a lepiéj domową. Obie obfitują w całe szeregi

środków, z których jedne mogą działać skutecznie, drugie są tylko tolerowane dzięki wysokiéj łatwowierności u chorych, przyjąć gotowych to wszystko, co w ich mniemaniu zdolnem jest zażegnać niebezpieczeństwo, lub co ważniejsza, złagodzić siłę samych chorobowych objawów. Pozostawiając do późniejszego uwzględnienia środki ludowe, liczne i różne stosownie do plemion i prowincyj, zanotuję tu tylko, że podstawą leczenia cholery u nas jest makowiec, zastosowywany w rozmaitych postaciach i dawkach. Starsi praktycy nie zapominają i o sławnym *„decoctum album Sydenhamii“*, przepisując go, że tak powiem *„en masse“* w razach mianowicie, gdy mają przed sobą całe gromady chorych, na których metodyczne zbadanie brakuje materyjalnie czasu.

W Arabii wywar kawy jest środkiem drogą enem zastosowanym bardzo często. Nie pomija się także i *diascordium.* A tak rozpowszechnione siarkan i chlorowodan chininy, wzmocnione jeszcze roczczynem Fowlera, to lek używany tam mianowicie, gdzie panują groźne zimnice bez względu na charakter przypadków właściwych cholerze. Środek ten rzadko kto pomija, a podaje się go każdym razem, gdy do zwykłych objawów cholery dołącza się mniéj lub więcéj wysoki stopień gorączki. Spotykamy też praktyków uciekających się jeszcze do pijawek i upustów krwi. Wreszcie i metaloterapija także odgrywa tu pewną rolę. W okresie kurczów mięśniowych w kończynach używa się tu naramienników i kółek z drutu miedzianego, nakładanych na okolicę cierpiącą, z celem prawdopodobnie, aby tylko dać uczuć choremu, że się nad nim czuwa i działa. Z tem wszystkiem i jeżeli gdzie, to z pewnością na Wschodzie, można potwierdzić wyrok wypowiedziany przez Goethego: że cała ta nasza medykacyja nic albo też mało jest wartą. Fakta bowiem istotnego, klinicznego, że tak powiem, wyleczenia są nadzwyczaj rzadkie. A jeżeli chory uniknie fatalnego zejścia cholery, to przypisać to należy raczéj jego odporności ustrojowéj, aniżeli temu lub innemu ze stosowanych leków. Jednak bądź co bądź i my należąc do dzieci wieku wynalazków, analiz i nowości, nie pozostajemy obojętnymi na nowatorstwa terapeutyczne. A mając do leczenia olbrzymi materyjał, pomimo, że niepodobna go stosownie klasyfikować, usiłujemy jednak przeprowadzić i zastosować racyjonalne leki. Korzystając więc z dostępnych danych, choć nie doznaliśmy doświadczyć wstrzykiwań znacznej ilości wody, tak gorąco polecanych przez Cantaniego, to jednakże postąpiliśmy w naszej odwadze, przystępując do wstrzykiwań podskórnych eteru siarkowego, zachwalanego przez wielu klinicystów, a mianowicie przez profesora Semmolę. Gdzie więc było podobna zastosować ten lek za pomocą wstrzykawki Pravaza, tam i jego działanie dawało się prędzéj spostrzedz. Wstręt jednak i obawa naszych obywateli przed każdym rodzajem ukłucia zmuszał często do zastosowania eteru drogą narządu pokarmowego. W istocie też, środek ten sprowadzał ustanie wymiotów i biegunki, usuwał lub złagadzał bóle żołądkowo-jelitowe i zmniejszał energiję kurczów mięśniowych, sprowadzając nieco rychléj i okres oddziaływania. Rezultat to niewątpliwie bardzo pomyślny, dający się wytłomaczyć prawdopodobnem podnieceniem wydzielin trzustki i jelit, powiększoną szybkością w sprawie wessania i w wytwarzaniu się większych ilości soku żołądkowego, wydzielin, których działania według doświadczeń Kocha nie wytrzymują prątki przecinkowe. Podobnąż własność posiadają sok trzustkowy i głównie żółć, pochłaniająca bezpośrednio pierwiastek chorobotwórczy przedtem, zanim się zdoła przedostać do jelit i wytworzyć tam szereg zabójczych toksyn. Zdaje się niewątpliwem, że eter wprowadzony drogą przewodu pokarmowego, w następstwie swego ulatniania się wywołuje znieczulenie włókien obwodowych nerwu płuco-żołądkowego, czego prawdopodobnem następstwem jest ustawanie wymiotów i złagodzenie bólów. Opierając się na powyższych spostrzeżeniach, lecz nie pomijając i innych przetworów, jakie posiadamy w naszym arsenale leczniczym, pozwolę sobie wypowiedzieć zdanie: że leczenie dotkniętych cholerą eterem, jest jeszcze sposobem dającym najbardziéj pożądane rezultaty w naszych przynajmniéj warunkach wtedy, gdy inne metody leczenia dając wątpliwą korzyść sprowadzić jeszcze mogą powikłania patologiczne, czyniące okres powrotu do zdrowia bardzo długim a często i niebezpiecznym.

Postępy mechano-fizyki ulepszając przyrządy do odwietrzania i hygijenistom dały możność praktycznego ich zastosowania. Jednakże jakąkolwiek jest doniosłość ich działania, choćby nad niem czuwało oko tak pieczołowitego panującego lub wreszcie najwyższe sfery fachowe, to nie w nich wszakże spoczywa źródło pomocy, mogącéj poprzeć usiłowania ku zapanowaniu nad wytwarzaniami się ognisk cholery. Zarówno też i w lekach powszechnie używanych, choćby nowoczesna chemija zdołała wzmocnić fizyjologiczną energiję ich działania, nie znajdziemy środka istotnie korzystnego. Pominę już zapuszczania się w rozwiązywanie zagadki, czy pierwiastki chorobotwórcze przedostają się ku nam drogą górnych czy dolnych prądów powietrza? Dla naszych bowiem wschodnich stosunków zdrowotnych jedyną drogą prowadzącą do pożądanego celu jest i będzie zastosowanie tego rzędu środków hygienicznych, które zdolne są polepszyć ogólny ustrój sanitarny mieszkańców Wschodu. Dla Turcyi jednak trudne to bardzo zadanie. Bo przy najlepszych nawet chęciach rządzących zabobon i tradycyja, zakorzenione od wieków, nie łatwo ulegną wskazaniom postępowéj hygijeny. Ten to właśnie szereg przeszkód, potrzebujących dziesiątków lat na swe złagodzenie, bardzo wymownie scharakteryzował dr. S t e k u l i. Jako członek międzynarodowéj rady zdrowia w Carogrodzie i delegat ze strony rządu holenderskiego na ostatni zjazd hygijenistów w Londynie, podał on projekt, ażeby kongres zwrócił się do rządów z wezwaniem, aby energicznem pośrednictwem wymogły na Turcyi co najrychlejszą reorganizacyję lazaretów nad morzem Czerwonem i polepszenie tamtejszych stosunków zdrowotnych. Wiemy, że propozycyję tę odrzucono pomimo, że wieści nadeszłe z Medyny o świeżych przypadkach cholery, zaszłych tam już po odejściu muzułmańskich pielgrzymów, mogły przecież zapewnić, że ognisko zarazy ponownie tam tleje. Nie wygasło ono i w okolicach Alepa tak, że przy pięknéj jesieni i łagodnéj zimie, z tychże samych miejscowości znowu prawdopodobnie zbierze się materyjał do ocenienia energii zagnieżdżającéj się zarazy.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 listopada. Wczoraj rozpoczął się w Krakowie w terminie listopadowym egzamin dla kandydatów na lekarskie posady rządowe. Zgłosiło się tym razem 4 kandydatów a egzamin odbywa się pod przewodnictwem p. protomedyka Dra M e r u n o w i c z a, który w tym celu zjechał ze Lwowa.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18 listopada b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej p r o f. Ł a z a r s k i e g o (ul. św. Anny *Colleg. physic).* — Porządek dzienny: 1) kol. S o k o ł o w s k i: Demonstracyja choréj z kliniki prof. Rosnera; 2) Dyskusyja nad odczytem kol. Momidłowskiego: Z dziedziny histeryi; 3) kol. O p i e ń s k i: Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych drogą moczu.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. T. w J. Redakcyja Dziennika VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich donosi nam, że do Królestwa i Cesarstwa Rosyjskiego Dziennika Zjazdu nie przesyłała pocztą i przesłała nam kwotę na Dziennik ten przeznaczoną, którą my zatrzymaliśmy zgodnie z życzeniem Kolegi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 574. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II elewa przy klinice chirurgicznéj z remuneracyją roczną 300 zlr. od 1 grudnia b. r. na rok jeden.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 20 listopada 1891.

Kraków dnia 12 listopada 1891.

Rydel, Prodziekan Wydziału lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 21 Listopada 1891. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr 80 ct	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Pomysł dorabiania moczowodu (*ureteroplastica*).

Podał
Prof. L. Rydygier.

Mimo tak wielkiego postępu chirurgii operacyjnéj w ogóle, a chirurgii nerek w szczególności, leczenie ubytków w moczowodach wcale nie postąpiło od czasu Simona, który w roku 1869 wyleczył przetokę moczowodu, prowadzącą przez otwór w ścianach brzusznych na zewnątrz, wycięciem odpowiedniéj nerki i w toku uwag nad tą operacyją powiada: „*Nach den in unserem Falle gemachten Erfahrungen dürfte auch kaum durch ein anderes Verfahren eine* „*Heilung zu Stande kommen koennen*“. W późniejszéj literaturze znajdujemy nadzwyczaj szczupłe uwagi o tym przedmiocie mimo, że obrażenia moczowodów zdarzające się przeważnie przy wycinaniu guzów jamy brzusznéj częściéj się zdarzają, niż dawniéj.[1]) Nussbaum wyleczył przetokę moczowodową na zewnątrz prowadzącą a szczęśliwie ułożoną w ten sposób, że wbił trójgraniec do pęcherza do jamki, jaka się w głębi przy ujściu moczowodu wewnątrz jamy brzusznéj utworzyła była.

Otóż mając w ostatnich czasach więcéj do czynienia z chorobami dróg moczowych, zastanawiałem się i nad tym przedmiotem i przyszła mi myśl, czyby nie można ubytków moczowodu, bez poświęcenia tak ważnego przyrządu, jakim jest nerka, wyleczyć przez dorobienie moczowodu w sposób następujący:

Jeżeli kawałek moczowodu wycięliśmy w przebiegu operacyi wyłuszczając guz z jamy brzusznéj, wszyjemy koniec moczowodu górny i dolny w ścianę brzuszną tak, że górny będzie się znajdował w pewnem oddaleniu od dolnego i utworzymy w ten sposób dwie przetoki. Po pewnym czasie wykroimy ze skóry ku jednéj stronie płatek, którego długość odpowiada odstępowi przetok, a szerokość jest nieco większa, niż potrzeba po zawinięciu do utworzenia rurki o równem świetle jak moczowód prawidłowy. Podstawę tego płata pozostawimy w linii łączącéj przetoki. Wykrojony płat czworoboczny odwrócimy i tak zawiniemy, że będzie tworzył rurkę łączącą obie przetoki; przyskórek będzie zwrócony ku wewnątrz, powierzchnia okrwawiona na zewnątrz.

Po odpowiedniem zeszyciu i połączeniu górnego i dolnego otworka téj rurki z górną i dolną przetoką pokryjemy okrwawioną powierzchnię rurki płatem skóry nieco dłuższym niż pierwszy i szerszym naciągniętym z drugiéj strony.

Jeżeliby się operacyja udała, mielibyśmy świeżo utworzony kawałek moczowodu przebiegający na powierzchni ścian brzusznych.

Czy w dalszym ciągu nie udałoby się zatopić ten kawałek nowowytworzonego moczowodu pod ściany brzuszne, czy on należycie będzie funkcyjonował, a mianowicie czy nie nastąpi zatrzymanie moczu w tem miejscu, bądź wskutek bliznowatego zwężenia, bądźteż wskutek braku mięśni w nowowytworzonéj ścianie, o tem dopiero nieco pouczyć mogą liczniejsze doświadczenia na zwierzętach, które właśnie w tym kierunku podjęliśmy, a ostatecznie rozstrzygnie doświadczenie u człowieka dotkniętego podobnem cierpieniem i czy wogóle takie postępowanie może być użytecznem.

Ponieważ przypadki takie rzadko się zdarzają, a teoretyczne postępowanie powyżéj nakreślone ma wielkie zalety przed wycięciem nerki, podaję je do wiadomości, żeby który z kolegów użył go w danym razie, gdyby uważał za odpowiednie. O wynikach doświadczeń na zwierzętach nie omieszkam w swoim czasie donieść.

Kraków dnia 16 listopada 1891 r.

---

[1]) Nie mówię tu o przewodach moczowodo-pochwowych, których leczenie znacznie ulepszono.

II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XXI.

Morderstwo, samobójstwo czy przypadek?

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

W sprawie karnéj przeciw Dmytrowi H. o zbrodnię morderstwa dokonaną na osobie Oleny H., postanowił sąd zgodnie z wnioskiem c. k. Prokuratoryi państwa i zezwoliła Izba radna c. k. sądu obwodowego, ażeby dla ważności i trudności przypadku zażądać po myśli §. 126 p. k. orzeczenia Wydziału lek. Dmytro H. jest podejrzany, że d. 18 maja b. r., bratanicę swoją, około 17-letnią Olenę H., bądź w napadzie gniewu spowodowanego tem, że krowy jego na pastwisko wypędzonéj nie dopilnowała, skutkiem czego ją do sąsiedniéj wsi zajęto, bądź też w zamiarze zabicia, aby jéj majątek odziedziczyć, przez uderzenie kułakiem lub też dłonią w głowę zabił, a następnie dla pokrycia czynu zwłoki jéj do jeziora więcéj niż milę oddalonego zawiózł i do takowego wrzucił. Udzielając przeto Wydziałowi lek. protokół sekcyi zwłok i orzeczenie znawców, uprasza się o objawienie zdania w następujących kierunkach:

1) Jaka jest przyczyna śmierci Oleny H.

2) Które z objawów w protokóle sekcyj opisanych na takową wskazują.

3) Czy w danym przypadku samobójstwo lub śmierć skutkiem przypadku nieszczęśliwego można stanowczo wykluczyć lub nie.

4) Na których objawach w protokóle sekcyi opisanych orzeczenie ad 3) dane opiera.

5) Jaki był sposób powstania zmian w protokóle sekcyi pod A. 4) i 5) opisanych.

6) Czy w protokóle sekcyi nie są opisane zmiany, z których możnaby wnioskować o zadanym przed śmiercią gwałcie lub o tem, że z kimś się pasowała.

Sekcyja sądowa odbyła się d. 24 maja, a protokół jéj opiewa jak następuje:

W oddaleniu około 7 kilometrów od wsi M. polami, w oddaleniu o 15 metrów od drogi, znajduje się jeziorko okrągłe około 60 metrów średnicy mające, o brzegach lejkowato pochyłych, jednakże nie stromych. Woda w tem jeziorku jest stojąca, bez żadnego odpływu, a głębokość jéj od brzegu w odległości 5 metrów wynosi około $1\frac{1}{2}$ metra i mniéj lub więcéj w takiéj głębokości w miejscu komisyi wskazanem, miano znaleźć zwłoki Oleny H.; w niektórych miejscach jeziorka ku środkowi sięga głębokość wody na wysokość dorosłego mężczyzny, dno tego jeziora jest pokryte grubą warstwą tłustego namułu. Komisyja zastała zwłoki Oleny H. przy brzegu powyższego jeziorka w wodzie zanurzone twarzą do góry zwróconą i unoszącą się nad powierzchnią wody. Wedle podania ludzi na miejscu obecnych, w zwłokach tych po wyciągnięciu w d. 23 maja z wody z powyższego jeziorka na brzeg Olenę H. rozpoznano; zaczęły one bardzo czernieć, szczególniéj na twarzy, dla tego też dla lepszego zakonserwowania takowych zanurzono je napowrót do wody, aż do przybycia komisyi. Zwłoki też po przybyciu komisyi wyciągnięto na brzeg. Włosy były rozpuszczone, na szyi znachodzi się 6 sznurków czerwonych paciorków, które są jakby wtłoczone w miąższ obrzękłéj jakby rozdętéj szyi, tworząc na tejże po rozcięciu obu paciorków wybitne rynewkowate zagłębienie, sięgające aż po za kąty żuchwy. Koszula biała, z grubego konopnego płótna, okrywa zwłoki prawie do połowy goleni. Spodnica, z materyi bawełnianéj, jest kilkakrotnie w różnych kierunkach rozdartą i poszarpaną. W zakrętach tak koszuli jak i spodnicy, szczególnie od tyłu, znachodzi się tłusty namuł z piaskiem zmięszany. Tak koszula jak i spodnica są w stanie wilgotnym. Przy zdejmowaniu koszuli zupełnie w całości utrzymanéj i poruszeniu kończyny górnéj prawéj, która będąc w stanie stężenia pośmiertnego, przylegała prawie w zupełności do odpowiedniego boku, w dołku pachowym prawym znaleziono chustkę kraciastą koloru czerwonego, bezładnie zwiniętą, mokrą; zaś w dołku pachwowym lewym przy podobnem ułożeniu kończyny górnéj lewéj znaleziono sznurek konopny grubości ołówka i długi na 88 ctm., również zwinięty i zmoczony.

Oględziny zewnętrzne. 1) Ciało lat około 17 liczyć mogącéj dziewczyny, wzrostu średniego, należycie rozwiniętéj i odżywionéj. 2) Włosy rozpuszczone, na 20 centim. długie, barwy ciemno blond. Rogówki w zupełności białawo zmętniałe i pomarszczone. 3) Stężenie pośmiertne kończyn górnych i dolnych jest wybitne. Ciało, twarz, cała szyja i kark barwy brudno zielonéj, poduszkowato elastyczne, nabrzękłe, trzeszczą pod naciskiem palca, okazując siatki naczyń żylnych, rozdętych gazami gnilnemi, przenikającemi na wskroś tkankę łączną podskórną. Policzek prawy wraz z przyległą skronią są bardziéj wypuklone, niż po stronie lewéj. To zabarwienie i obrzęk z czoła i szyi częściowo przechodzą także na czaszkę przyległą i górną część mostka. 4) Na szyi gazami gnilnemi wydętéj, o wejrzeniu czarniawem, przy szczegółowem obejrzeniu nie możemy wykazać uszkodzeń zewnętrznych. Rowkowato rynienkowate zagłębienie znachodzące się z przodu poniżéj chrząstek tarczykowéj i pierścieniowéj szerokości prawie dwóch palców mieć mogące, sięgające ku tyłowi pod kąty i żuchwy, jest częściowo pokryte drobnemi pęcherzykami brudno zielonawemi, unoszącemi przyskórek. Kilkakrotne nacięcia w owem zagłębieniu i na szyi, tak skóry jakoteż i głębszych tkanek, wykazują tylko nieznaczne podbiegnięcia krwią, a to wśród skóry i są wybitniejsze na końcach tylnych, tj. poniżéj kątów żuchwy. Przy odpowiednich nacięciach głębszych tkanek na szyi, szczegółowe oglądanie chrząstek krtaniowych, tchawicy i tętnic, nie przedstawia żadnych zboczeń. 5) Powyżéj chrząstki tarczykowéj na szyi, prawie równolegle do opisanego powyżéj zagłębienia rynienkowatego, biegnie pasmowaty nie jednakiéj szerokości czarniawy przeczos pergaminowaty na $1\frac{1}{2}$ centim. szeroki, nie przedstawiający jednak przy kilkakrotnem nacięciu w głębszych tkankach śladów podbiegnięć. 6) Na karku, poniżéj wyrostków sutkowych, w okolicy tylnych brzegów mięśni mostko-obojczykowo sutkowych, znachodzi się po kilka w jednéj grupie pęcherzy mniejszych i większych, wypełnionych brudno-krwawą surowicą. Podobne pęcherze znachodzą się na dolnych częściach skroni, od tyłu na karku i plecach, jakoteż u podstawy ku zewnątrz obu sutków. Na piersiach w górnéj połowie mostka znachodzą się liczne ciemno-czerwone pręgi wzdłuż naczyń krwionośnych przebiegające. Okolice pachwinowe brzucha są pokryte brudno zielonawemi plamami pośmiertnemi, wielkości dużéj dłoni dochodzącemi. Brzuch stożkowato wzdęty, przedstawia zagłębienie idące równolegle do łuków żebrowych, szerokie na 3 palce, kredowato blade, co pochodzi od ucisku, spowodowanego przewiązaniem zwłok w tem miejscu włóczkowym paskiem. 7) Wymoknięcie przyskórka rąk i nóg jest bardzo wybitne, a owo wybielenie, zgrubienie i pomarszczenie tegoż uwidocznia się najbardziéj na dłoniach i podeszwach. Powyżéj stawów skokowych jako i nadgorstkowych odbarwiony kredowato przyskórek oddziela się od miazdry skóry w płatach strzępiastych. Obnażenie to z przyskórka co do przestrzeni najznaczniejszem jest na obu prawych kończynach. 8) Z otworów nosowych wydziela się cokolwiek cieczy brudno-mętnawéj, śluzowatéj i cuchnącéj z piaskiem i namułem zmięszanéj, jama ustna w całości rozwarta. Język cofnięty nieco ku tyłowi jest blado-szarawy, wilgotny, pokryty lepkawym namułem, pomięszanym z piaskiem, nie okazuje zresztą żadnych zmian. 9) Wargi sromne większe są odchylone, pomarszczone, koloru szaro-bladego. Błona dziewicza o wejrzeniu bladem, ma kształt pierścienia nakarbowanego i przedstawia otwór względnie dosyć obszerny, owalny. 10) W obu przewodach słuchowych zewnętrznych znachodzi się nieco gęstego, mętnawego płynu z ziarnkami

piasku, namułu i woskowiny zmięszanego, jamy bębenkowe wilgotne, wolne. Błony bębenkowe w całości utrzymane brudno-różowo zabarwione.

B) Oględziny wewnętrzne. 11) Cięcie skórne przez środek szczytu głowy poprowadzone, w kierunku małżowin usznych, celem otworzenia czaszki, wykazuje na tejże w okolicy prawéj skroni przesiąknięcie krwią ciemno-czerwoną mazistą powłok miękkich. To podbiegnięcie krwią kształtu mniéj lub więcéj owalno okrągłego, przy odpowiednich kilkakrotnych głębszych nacięciach, rozprzestrzenia się: z przodu ponad zewnętrzny kąt oka prawego, w górze czaszki przybliża się do szwu, łącząc obie kości czaszkowe boczne, ku tyłowi sięga poza górno-tylną wypukłość kości czaszkowéj bocznéj prawéj, zaś na dole zajmując całą skroń prawą, zatrzymuje się poza małżowiną w okolicy wyrostka sutkowego prawego. Podobnego podbiegnięcia krwią powłok miękkich na czaszce i skroni po stronie lewéj nie skonstatowaliśmy. 12) Na zewnętrznéj powierzchni sklepienia czaszki po zeskrobaniu oczaszny z krwi podbiegniętéj w okolicy prawéj skroni (powyżéj szczegółowo opisanéj) nie zauważyliśmy zresztą żadnych nieprawidłowości. 13) Wewnętrzna powierzchnia sklepienia czaszki przedstawia powierzchowne brudno-różowawe, pasmowate smugi, występujące na odpowiednich miejscach kości czaszkowych, które to smugi dają się wodą zmyć prawie doszczętnie. 14) Opona twarda, o wejrzeniu zmętniałem, barwy prawie ciemno-czerwonéj, przedstawia na swéj zewnętrznéj powierzchni żyły oponowe zgrubiałe, obficie krwią płynną wypełnione. Zatoka podłużna zawiera mniejszą ilość krwi płynnéj mazistéj ciemno-czerwonéj. Naczyniówka jest rozpulchniona i wystrzykana, barwy ciemno czerwonéj, przedstawia naczynia nieco rozszerzone i pokręcone, wypełniające prawie w zupełności rowki między zawojami. Istota korowa mózgu nieco czerwonawo zabarwiona. Powierzchnia przekroju mózgu wilgotna, ciastowata, z odcieniem różowym, zasianą jest licznemi prosowatemi punkcikami, wśród których widać ciemniejsze większe punkta. Komórki mózgowe przedstawiają się zupełnie prawidłowo i zawierają tylko mierną ilość cieczy surowiczéj przeźroczystéj. 16) Móżdżek wraz z mostem Varola i rdzeniem przedłużonym oprócz charakterystycznych znamion przekrwienia stopnia miernego, nie okazują zresztą innych zmian. 17) Kostna podstawa czaszki po obnażeniu tejże z twardówki i dokładnem obejrzeniu, zupełnie prawidłowa. 18) Błona śluzowa gardziela i połyku pokryta lepkim śluzem, ma wejrzenie szarawo-blade, przyczem nie zauważyliśmy śladów namułu zmięszanego z piaskiem. Podobnież zupełnie zachowuje się błona śluzowa krtani i tchawicy, w których również nie znaleźliśmy płynu pogrążnego. 19) W obu workach opłucnowych znachodzi się około 30 gramów cieczy surowiczéj, czerwonéj. Lewe płuco jest wolne, prawe zaś w $^2/_3$ częściach dolnych przyczepione do opłucnéj żebrowéj za pośrednictwem dosyć mocnych błoniasto nitkowatych tworów, powstałych skutkiem przebytego dawniéj prawostronnego zapalenia opłucnéj. Opłucna o wejrzeniu ćmawem, wilgotnawa, tu i owdzie nieco pomarszczona, na swéj powierzchni nie przedstawia drobnych wybroczyněk. 20) Miąższ płuc przy dotknięciu flakowaty, barwy szaro sinawéj, zawiera średnią ilość powietrza. W dolnych i tylnych częściach płuc mniéj lub więcéj ciemno-brunatno zabarwionych, twardszych nieco mniéj powietrza. Na przekroju o wejrzeniu ciemno-czerwono brunatnem, miąższ płuc trzeszczy, wydzielając płyn surowiczo-różowawy z bańkami powietrza pomięszany. Błona śluzowa większych oskrzeli zaczerwieniona, nieco obrzękła i śluzowatą wydzieliną pokryta. W tychże oskrzelach również nie zauważyliśmy śladów płynu pogrążnego. 21) Worek sercowy o wejrzeniu zmętniałem brudno-szarawem, zawiera mierną ilość cieczy surowiczéj i mętnéj. Serce w stanie rozkurczu barwy sinawo-różowéj. Na osierdziu wybroczynek nie ma. Mięsień sercowy wiotki, blado-czerwony i dosyć elastyczny. Obie komórki zawierają nieznaczną ilość krwi płynnéj czerwonéj. W przedsionkach znachodzi się cokolwiek krwi płynnéj ciemno-czerwonéj. 22) Wątroba miernie powiększona, brzegi jéj są więcéj zaokrąglone, a torebka naprężona koloru brunatno-czerwonego. Na przekroju miąższ wątroby jest więcéj zbity, gładki, pokrywa się znaczniejszą ilością krwi ciemnéj. Woreczek żółciowy rozszerzony, jest wypełniony treścią zielono żółtą. 23) Śledziona jest również nieco powiększona, torebka jéj więcéj napięta, powierzchnia przekroju barwy ciemno sinéj, a krew spływa obficie koloru ciemno czarniawego. 24) Nerki wielkości prawidłowéj, przedstawiają na przekroju zabarwienie sinawo-czerwone, obficie krwią ciemną pokrywające się. 25) W żołądku rozdętym gazami znaleźliśmy małą stosunkową ilość (bo zaledwie około 3 łyżek) treści śluzowatéj mętnawéj, w któréj tak resztek pokarmu jakoteż i śladu płynu pogrążnego nie zauważyliśmy wcale. Błona śluzowa żołądka w górnéj części ciemno-różowo zabarwiona, a naczynia są miernie wystrzykane. 26) Kiszki podobnież jak żołądek w wysokim stopniu gazami wzdęte, a w częściach ku przodowi jamy brzusznéj miąższ tychże wraz z błoną śluzową jest drzewkowato nastrzykany barwy brudno-czerwonéj. W kiszkach cienkich znachodzi się cokolwiek cieczy szarawo lepkiéj, kiszki zaś grube wypełnione na pół płynnemi masami kału żółtego. 27) Pęcherz moczowy zawiera zaledwie około 10 gramów przeźroczystego płynu.

Orzeczenie I) Denatka zmarła śmiercią gwałtowną, wywołaną ręką obcą, a to z wszelkiem prawdopodobieństwem skutkiem wstrząśnienia mózgu (*shock*), częstokroć piorunująco śmierć wywołującego. W danym przypadku uderzenie narzędziem tępem i twardem, jak np. kijem, pięścią i t. p. w okolicę prawéj skroni, o czem świadczy przesiąknięcie kwią tamże (pod 11) tkanek miąższowych powstałe za życia, mogło wywołać tego rodzaju wstrząśnienie mózgu. Zauważamy wszelako, że objawy znacznego przekrwienia w organach wewnętrznych znachodzące się (pod 14, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24), jakkolwiek świadczą o śmierci z uduszenia, nie stanowią jednakże klasycznego *criterium* tego rodzaju śmierci. II) Zwłoki Ołeny H. wrzucone zostały do wody, w któréj około trzech dni przebywać mogły, zaczem przemawiają nietylko znamiona wyszczególnione pod 7, 10, 13, 18, 20, 21, 25 wywodu oględzin, ale i przedmioty znalezione przy zwłokach, jak chustka i sznurek umieszczone pod pachami, przy ułożeniu wyprostnem kończyn górnych, przylegających do klatki piersiowéj. III) Zagłębienie rowkowate na szyi (pod 4) powstało z wszelkiem prawdopodobieństwem od ucisku palcami za życia i w danym przypadku nie możemy wykluczyć i téj możności, że śmierć wywołaną została przez tak zwane zgardlenie ręką obcą. IV) Przeczos pergaminowaty na szyi (pod 5) może pochodzić od ucisku skóry w tem miejscu owemi zawieszonemi sznurkami korali na szyi, bez żadnéj szkody dla życia denatki. V) Znamiona wyszczególnione pod 2, 3, 6 i 8 są objawami pośmiertnemi postępującéj zgnilizny.

Orzeczenie Wydz. lek. opiewało jak następuje:

Na pytanie 1-sze: Z powodu znacznéj zgnilizny ciała przyczyny śmierci wykazać nie można.

Na pytanie 2-ie: Żadna ze zmian w protokóle opisanych przyczyny śmierci nie wskazuje.

Uzasadnienie:

Protokół sekcyjny jest dokładnie spisany, a mimo to pp. obducenci z wyniku sekcyi wysnuli wnioski mylne, a przynajmniéj za śmiałe i nieuzasadnione; albowiem:

a) Niema żadnego dowodu, jakoby denatka umarła ze wstrząśnienia mózgowego, ponieważ niema dowodu, jakoby w ogóle doznała uderzenia w głowę za pomocą narzędzia tępego. W twierdzeniu tem pp. obducenci opierają się na nasiąknięciu krwią powłok czaszkowych po stronie prawéj (Nr. 11, prot. sekc.); jednak wcale nie dostarczają dowodu, jakoby to nasiąknięcie było wynikiem urazu za życia zadanego. Przeciwnie z największem prawdopodobieństwem przy-

puścić należy, że zmiana w mowie będąca jest pośmiertną, powstałą w skutek leżenia ciała przechylonego głową w stronę prawą, za czem przemawia opis podany pod l. 3, według którego obrzęk zajmuje nietylko prawą stronę twarzy, skroń i czoło, ale przechodzi nawet i na górną okolicę mostkową. Wszakże pp. obducenci w orzeczeniu swem pod V podają że zmiany opisane pod l. 3 są objawami pośmiertnemi, a pomiędzy temi zmianami a opisanemi pod l. 11 zachodzi ścisły związek.

b) Niema następnie żadnego dowodu, jakoby przyczyną śmierci denatki było uduszenie, albowiem w szczególności:

α) co do zadławienia: przecżos opisany pod l. 5 prot. sekc. mógł powstać po śmierci dopiero i wcale nie cechuje dławienia;

β) co do strangulacyi: rowek opisany pod l. 4 prot. sekc. powstał z pewnością od paciorków znalezionych na szyi trupa, a które weisnąwszy się w spęczniałe skutkiem zgnilizny części miękkie, ślad ten pozostawiły po sobie. Przypuszczenie pp. obducentów, jakoby rowek ten powstać mógł od ucisku palcami za życia (ustęp III orzeczenia) tem trudniej pojąć można, o ile sami w protokóle sekcyjnym wyrażają się: „na szyi znachodzi się 6 sznurków czerwonych paciorków, które są jakby wtłoczone w miąższ obrzękłéj jakby rozdętéj szyi, tworząc na szyi wybitne rynewkowate zagłębienie, sięgające aż po zakąty żuchwy“, a następnie pod l. 4 prot. sekc. podają: „Na szyi gazami „gnilnemi wydętéj — nie możemy wykazać ja„kichkolwiekbądź znamion uszkodzeń ze„wnętrznych“ — popadają więc w zupełną sprzeczność między tem, co dokładnie opisali w protokóle, a wnioskiem swym w orzeczeniu.

γ) co do utopienia względnie utonięcia: za tym rodzajem uduszenia nic nie przemawia, jakkolwiek i wykluczyć go nie można, ponieważ rozpoznanie utonięcia na trupie mocno gnijącym prawie absolutnie jest niemożebnem, chyba jeżeli oprócz znalezienia zwłok we wodzie inne ważne okoliczności za tem przemawiają, których atoli w danym przypadku nie znamy.

Na pytanie 3-cie i 4-te: Samobójstwa lub śmierci skutkiem przypadku nieszczęśliwego w danym razie żadną miarą wykluczyć nie można, jakkolwiek z przyczyn wyżéj podanych nie podobna podać objawów, na których zdanie to się opiera, skoro przyczyna śmierci w ogóle wykazać się nie daje.

Na pytanie 5-te: Już powyżéj powiedziano, że zmiana opisana w protokóle sekcyjnym pod l. 4 z pewnością jest pośmiertną, zmiana zaś opisana pod l. 5 również mogła powstać po śmierci, a przynajmniéj nie ma dowodu, jakoby powstała za życia.

Na pytanie 6-te: W protokóle sekcyi nie ma opisanych żadnych zmian, z których możnaby wnosić o gwałcie zadanym denatce za życia, lub o tem, że z kimś się pasowała; tylko w opisie odzieży znajduje się wzmianka o poszarpaniu spodnicy, co jednak nastąpić mogło wśród wydobywania ciała z wody.

W końcu Wydział zwraca uwagę świetnego Sądu, że zdania powyższe oparł tylko na protokóle sekcyjnym, nie znając szczegółów faktu, ponieważ nie miał sobie nadesłanych aktów śledztwa prócz protokołu sekcyjnego i orzeczenia, a jednak w przypadku tak ważnym znajomość wszystkich szczegółów byłaby pożądaną.

Na podstawie orzeczenia pp. obducentów groziła podejrzanemu o morderstwo kara śmierci przez powieszenie; tak stanowczo obciążającem było dla niego ich orzeczenie, oparte na sekcyi zwłok gnijących i na przypuszczaniach, nie opartych na podstawach niewątpliwych. Na szczęście podejrzanego Sąd zażądał opinii Wydziału lek., a opinija ta przyczyniła się niewątpliwie do uwolnienia człowieka, przeciw któremu nic nie przemawiało stanowczego. W obec zbytniéj stanowczości ze strony lekarskiéj nawet tam, gdzie się rozchodzi o życie bliźniego, tem bardziéj powinno być obowiązkiem Sądów, aby w każdym takim arcyważnym przypadku zasięgały zdania Wydziału. Żałuję, że wytknąć muszę lekarzom sądowym wydanie orzeczenia nieuzasadnionego w sprawie tak ważnéj, ale przekonany jestem, że o ile ucierpi miłość ich własna, o tyle, a nawet nierównie więcéj zadowolą się, że mimowolnie nie stali się przyczyną śmierci lub co najmniéj wieloletniego więzienia człowieka może całkiem niewinnego, a co najmniéj nie tyle winnego, ile z orzeczenia ich wynikało. Wydali oni zaś orzeczenie mylne tylko z tego powodu, że nie byli dostatecznie obznajomieni ze zmianami pośmiertnemi i z potrzebą dokładnego rozróżnienia takowych od zmian za życia powstałych. Jestto ta niestety jedna z najsłabszych stron lekarzy sądowych, dla któréj tak często zdarzają się orzeczenia mylne i płodne w następstwa zgubne.

III. Z kazuistyki lekarskiéj.

O leczeniu czarnéj krosty.

Podał

Dr. Gracyjan Pisarzewski w Częstochowie.

Jakkolwiek leczenie czarnéj krosty za pomocą podskórnych wstrzykiwań rozczynu kwasu karbolowego nie przedstawia nic nowego wobec spostrzeżeń Żarnowskiego (Wracz 1881 i 1884 r.), Niedźwieckiego (Gaz. lek. 1881), Szeffera (Wracz 1885), Strizowera (Wracz 1885), Łomińskiego (Wr. 1888), Czankowskiego (Gaz. lek. 1890) i Grabowskiego (Gaz. lek. 1891), sądzę jednak, że nie bez interesu będzie ogłoszenie 25 przypadków spostrzeganych przezemnie i leczonych wyłącznie rozczynem kwasu karbolowego. Żywo stoją mi w pamięci dwa przypadki zakończone śmiercią, z których jeden spostrzegany w klinice chirurgicznéj w r. 1885 był leczony przypalaniem i wstrzykiwaniami eteru siarczanego, drugi młody żołnierz w Tomaszowie 1890 r. (przy sekcyi którego byłem) okładami z sublimatu i chininą. Obydwaj chorzy byli ludzie młodzi, w wieku 20—25 lat, silnie zbudowani i obydwaj znajdowali się pod opieką lekarską od pierwszych początków pojawienia się cierpienia. Prawda, że obydwaj mieli krostę na głowie, pierwszy na czole, drugi na twarzy, w których to przypadkach odsetka śmiertelności przedstawia się najwyższą (podług Nazarewa 26.3%), lecz i pomiędzy spostrzeżeniami wspomnianych lekarzy i mojemi jest sporo przypadków z krostami na głowie, wszystkie jednak zakończyły się pomyślnie. Sądzę, że nie przesadza Strizower utrzymując, „że wstrzykiwania kwasu karbolowego przy kroście czarnéj są specyfikiem dla tego cierpienia“.

Przy leczeniu używałem wyłącznie 5% rozczynu kwasu karbolowego, który wstrzykiwałem na granicy obrzęku. Pró-

bowałem podobnież ciągłego trzymania kończyny w rozczynie karbolowym, ponieważ jednak cierpienie przybierało zły przebieg, przeszedłem do wstrzykiwań. Żadnych przypalań lub wycinań nie robiłem, a wewnętrznie podawałem li tylko wino lub wódkę i w paru przypadkach eter siarczany.

Pierwszy przypadek, który zmusił mnie do zastosowania kwasu karbolowego, gdyż wobec rozległych zmian i ciężkiego przebiegu zdawał się bez nadziei, spostrzegałem w Rawie w 1887 r. Andrzéj R., włościanin z okolic Rawy, 42 lat, został przyniesiony do mnie w sierpniu 1887 r. Chory od 3 dni; na prawym policzku czarna krosta wielkości miedzianéj dziesiątki, zanieczyszczona wskutek przykładań czosnku i innych domowych specyfików. Cała prawa połowa twarzy silnie obrzękła tak, że otwarcie powiek niemożebne; obrzęki zajmują prawą połowę szyi i górną część klatki piersiowéj. Puls nitkowaty 144 na minutę, t. 40·2, osłabienie tak wielkie, że chory został wniesiony do mnie i ustać na nogach nie może. Wobec takiego rozszerzenia się choroby nie spodziewałem się korzyści od miejscowych przypalań lub okładów i dlatego pomieściwszy chorego w szpitalu, którego byłem lekarzem, wstrzyknąłem mu 3 strzykawki eteru i 5 strzykawek 5% kwasu karbolowego na granicach obrzęku t. j. na skórze szyi, piersi i lewéj połowy twarzy. Po trzech godzinach powtórzyłem wstrzyknięcie (eteru 3 szprycki i kw. karb. 5 szprycek). Na drugi dzień t. spadła do 38·3, puls 112 pełny, obrzęki się nie posuwają. Zastosowałem tegoż dnia trzykrotne wstrzykiwania 5% kw. krb. po 5 szprycek i raz eteru. Na trzeci dzień t. 37·9, puls 104 pełny, obrzęki się zmniejszają. Trzy wstrzyknięcia po 3 szprycki. Czwartego dnia t. 37·2, puls 100 pełny; chory na tyle czuje się dobrze, że pragnie się ze szpitala wypisać. Pozostawiłem go jeszcze przez 4 dni w szpitalu, robiąc przez następne trzy dni wstrzykiwania 2 razy dziennie po 3 szprycki. Ósmego dnia obrzęki znikły, strup na kroście oddzielił się zupełnie pozostawiając zwyczajną ranę, którą opatrzywszy jodoformem, puściłem chorego do domu. Widziałem go potem kilkakrotnie zdrowego.

Opisałem obszerniéj ten pierwszy przypadek, ponieważ najwybitniéj wskazuje wpływ dodatni kwasu karbolowego. Stan, w jakim znajdował się chory w dniu pierwszym badania, nie pozwalał mieć żadnéj nadziei pomyślnego zejścia, tymczasem po czterech dniach chory czuł się na tyle dobrze, że obawiając się kosztów kuracyjnych, chciał się wypisać. Ten pierwszy przypadek zarazem był mi wskazówką, że można się obejść zupełnie bez wypalań i miejscowych zabiegów, co też w dalszych przypadkach uczyniłem.

Przytoczę pokrótce następne przypadki:

W początkach września tegoż roku wstąpiła do szpitala cała rodzina włościańska z okolic Rawy, składająca się z ojca 37 lat, matki 34, syna 12, córki jednéj 7 lat i drugiéj 9-miesięcznéj przy piersi. Zarazili się od krowy padłéj na karbunkuł, z któréj skórę ściągali.

2. Antoni O., ojciec, chory od 4 dni. 5/IX krosta na lewem przedramieniu, t. 38·9, p. 124 drobny, obrzęki zajmują całą górną kończynę dochodząc do łopatki; wstrzyknięto 3 razy dziennie po 5 szprycek 5% roczczynu kw. karbol. 6/IX t. 38·1, p. 116, obrzęki nie posuwają się. 3 razy dziennie po 4 szprycki. 7/IX obrzęki się zmniejszają, t. 37·6, p. 100. 8, 9 i 10/IX 2 razy dziennie po 2 szprycki przy normalnéj temperaturze. 11/IX strup odpadł, obrzęków nie ma, stan dobry.

3. Antonina O., żona poprzedniego, trzeci dzień choroby. 5/IX krosta na lewem policzku wielkości 8 miedzianych groszy, t. 39·2, p. 132 drobny, *anxietas praecordialis*; obrzęk lewego policzka i lewéj strony szyi, 3 razy po 5 szprycek. 6/IX 38·5, p. 124, obrzęk jednakowy, *anxietas praecordialis* ustąpiła. Trzy razy po 5 szprycek. 7/IX 3 razy po 5 szprycek 5% kw. karb., t. 37·9, p. 120, obrzęki się zmniejszają, początek linii demarkacyjnéj na około krosty. 8, 9 i 10/IX 3 razy po 3 szprycki przy ciepłocie 37·2—37·5, i pulsie 100—104. Obrzęki znikły, strup odpadł 14/IX. — Karmione przez nią przez pierwsze dwa dni choroby dziecko pozostało zdrowe; po przybyciu do szpitala dziecko zostało odstawione i odosobnione.

4. Andrzéj O., syn, trzeci dzień choroby. 5/IX krosta na lewem ramieniu pośrodku. Obrzęki zajmują ramię do łopatki i łokcia. Ciepłota 39·1, p. 144, 3 razy po trzy szprycki 5% kw. karb. 6/IX c 38·7, p. 140, 3 razy po 3 szprycki. 7/IX c. 37·9, p. 124, 2 razy po 2 szprycki. 8, 9 i 10/IX 2 razy dziennie po 2 szprycki 3% kw. karbol. przy ciepłocie 37·0—37·3 i pulsie 104. 12/IX strup odpadł, obrzęki znikły.

5. Maryjanna O., córka, drugi dzień choroby. 5/IX krosta na prawem przedramieniu, obrzęk do łokcia, ciepłota 38·3, p. 112, wymioty, 2 razy po 3 szprycki 3% kw. karb. 6/IX ciepł. 39·0, p. 124, obrzęk dochodzi do środka ramienia. Rano wstrzyknięto 2 szprycki 5% roztworu, wieczorem 3 szprycki 3%. 7/IX c. 38·2, p. 116, obrzęki nie posuwają się. 8/IX c. 37·8, p 116, obrzęki mniejsze, 2 razy po 2 szp. 3%. 9/IX c. 37·1, p. 104, raz 2 szprycki 3%. 12/IX strup odpadł, obrzęki znikły,

6. Mordko L., lat 32. 17/IX chory od trzech dni, krosta na prawem przedramieniu, ciepł. 38·4, p. 140, przez 4 dni wstrzykiwania 2 razy dziennie po 3 szprycki 5% roztworu. Czwartego dnia ciepłota spadła do normy. Obrzęki zaczęły ustępować.

7. Bazyli K. 21/IX, krosta na lewéj stronie szyi, chory od 3 dni. Ciepłota 39·8, p. 132, *anxietas praecordialis*; obrzęk całéj szyi i górnéj połowy klatki piersiowéj. Pierwszego dnia 2 razy po 2 strzykawki eteru i 3 razy po 5 szprycek 5% kw. karb. Ponieważ chory nie chciał wstąpić do szpitala, więc posłałem mu felczera, który robił wstrzykiwania przez trzy dni po 5 szprycek. Czwartego dnia chory bez gorączki, obrzęków ślady, stan dobry.

8. Jan K., lat 35. 26/XI chory od trzech dni. Krosta na prawem przedramieniu, obrzęki do łokcia, ciepłota 38·7, p. 104, 2 razy po 5 szprycek. 27/IX c. 38·2, p. 100, obrzęk mniejszy, 2 razy po 5 szprycek. Czując się dobrze 28/IX wyjechał.

9. Waleryja K., lat 28, chora od 5 dni. Krosta na prawem ramieniu; była leczona wypalaniem i okładami z sublimatu. 11/XII ciepłota 39·8, p. 140, *anxietas praecordialis*, obrzęki zajmują górną połowę klatki piersiowéj, gruczoły pachowe silnie powiększone i bolesne. Posłany felczer robił w ciągu trzech dni wstrzykiwania 5% kw. karb. po 5 szprycek 3 razy dziennie, poczem czwartego dnia został odesłany, ponieważ stan był dobry.

10. Maryjanna S., lat 17. Chora od 6 dni; krosta na prawéj goleni, gruczoły pachwinowe powiększone, bolesne, obrzęk dochodzi do połowy biodra. 9/I 1888 r. ciepłota 39·9, puls 132. Wstrzykiwano przez 2 dni po 2 razy dziennie po 5 szprycek. Z zmniejszającemi się obrzękami i normalną ciepłotą odjechała 11/I. Widziałem ją po paru tygodniach zdrową.

11. Agnieszka L., lat 21, chora od 4 dni. 12/II 1888. Krosta na lewem ramieniu, obrzęki do łopatki, ciepł. 38·7, p. 120, 2 razy po 5 szprycek. 13/2 c. 37·7, p. 112, obrzęki w miejscu, 3 razy po 5 szprycek. 14/II c. 37·2, obrzęki zmniejszają się. Czując się dobrze odjechała.

12. Wincenty K., lat 45, chory od 3 dni. Krosta na czole wielkości talara, zanieczyszczona wskutek przypalań i różnych drażniących maści. 17/III 1888, ciepłota 40·2, p. 148, *anxietas praecordialis*, obrzęki zajmują twarz, szyję i górną połowę klatki piersiowéj. Wstrzyknięto 2 razy po 2 szprycki eteru i 3 razy po 5 szprycek kw. karb. 18/III c. 39.2, p. 140. obrzęki nie posuwają się, 3 razy po 5 szprycek. 19/III c. 38·0, p. 132, obrzęki zaczynają się zmniejszać, 3 razy po 5 szprycek. 20/III c. 37·2, p. 104, obrzęki jeszcze widoczne na szyi i twarzy. Przez następne 3 dni robiono 2 razy dziennie wstrzykiwania po 3 szprycki kw. karb., przyczem stan ogólny był dobry. Wskutek głębokich przypalań rana drążyła do kości i długi czas nie chciała się zagoić.

13. Kazimierz K., lat 28, chory od 5 dni. 29/V krosta na lewem ramieniu, gruczoły pachowe silnie powiększone, bolesne. Obrzęki zajmują górną połowę klatki piersiowej, ciepłota 39·4, p. 144, silne osłabienie, wstrzyknięto 5 szprycek kw. karb. i 2 szprycki eteru. Chory nie chciał pozostać w mieście i wyjechał na wieś. 30/V jednak przysłał konie prosząc o przyjazd. Pozostawiony przezemnie felczer robił mu przez 3 dni wstrzykiwania po 5 szprycek, poczem chory czuł się zupełnie dobrze.

14. Wilhelmina O., lat 3, chora drugi dzień. 18/VI krosta wielkości centa nad dużym palcem lewéj nogi. Bojąc się u tak małego dziecka robić wstrzyknięcia, przeciąłem krostę, zalałem czystym kwasem karbolowym i poleciłem moczyć w 3% kwasie karbolowym. 19/VI obrzęk zajmuje całą goleń, przyczem skóra stopy stała się czerwono-fijoletową, ciepł. 39·8. p. 160. Widząc, że choroba robi postępy ku gorszemu, zrobiłem jéj tegoż i następnego dnia dwukrotne wstrzykiwania po 2 szprycki 5% roztworu. 21/VI ciepłota spadła do normy, obrzęki zaczynają się zmniejszać. Wobec tego zaprzestałem dalszych wstrzykiwań, tylko robiłem mokre opatrunki z 3% kw. karb. Wyzdrowienie zupełne, t. j. oddzielenie się strupa i zniknięcie obrzęków nastąpiło po dwunastu dniach.

15. August O., lat 6, brat poprzedniéj. 18/VI zauważyła matka małą krostę na dolnéj części prawego przedramienia. Tegoż dnia wstrzyknąłem jedną szprycę 5% kw. karb. pod krostę i w okolicę jéj. Ciepłota wieczorem podniosła się do 38·2, lecz 19/VI opadła, aby więcéj się nie podnosić. 19/VI wstrzyknięto raz jeszcze szprycę 5% roztworu.

16. Lejba S., lat 54, chory od 4 dni. 7/IX krosta wielkości talara na prawem przedramieniu, obrzęki dochodziły do łopatki, gruczoły pachowe powiększone i bolesne, ciepłota 39·2, p. 132. Wstrzykiwania robiono przez 4 dni po 5 szprycek 2 razy dziennie. Ciepłota spadła 3 dnia do normy, strup odpadł siódmego dnia.

17. Walenty K., lat 39, chory od trzech dni. 4/II 1889. Krosta na lewem ramieniu w górnéj trzeciéj części, obrzęki zajmują lewą stronę szyi i klatki piersiowéj. Posłany felczer robił wstrzykiwania 3 razy dziennie po 5 szprycek w ciągu dwóch dni, poczem stan chorego na tyle się poprawił, że felczer nie uważał za potrzebne dłużéj przebywać u niego.

18. Ignacy G., lat 24, chory od 2 dni. 17/II 1889, krosta na lewéj stronie szyi, obrzęki zajmują szyję i górną część klatki piersiowéj, ciepłota 39·8, p. 132, wstrzyk. 2 razy po 5 szprycek. 18/II c. 38·9, p. 124, 2 razę po 5 szprycek. 19/II c. 38·1, p. 120, obrzęki mniejsze, 3 razy po 5 szprycek. 20/II c. 37·4, p. 108, początek linii demarkacyjnéj, 2 razy po 5 szprycek. 21/II c. 37·2, p. 104, krosta pokryta strupem. Po wstrzyknięciu trzech szprycek czując się dobrze pojechał do domu.

19. Bazyli K., lat 32, chory od 3 dni. 25/VI krosta na prawem ramieniu, obrzęki do łopatki, ciepłota 39·0, puls 132. Posłany felczer robił przez dwa dni wstrzykiwania 3 razy dziennie po 5 szprycek, poczem c. spadła do normy i obrzęki zaczęły ustępować.

20. Anna P., lat 26, chora od 4 dni. 9/X krosta na lewem przedramieniu, obrzęk zajmuje całą kończynę górną i górną połowę klatki piersiowéj po lewéj stronie. Ciepłota 40·1, p. 152, wstrzyknąłem 5 szprycek i poleciłem kończynę trzymać w 4% roztworze, uprzedzając aby się zgłosili, jeżeli poprawa nie nastąpi. Nazajutrz przysłano po mnie, więc posłałem felczera, który przez trzy dni robił wstrzykiwania. Po paru tygodniach widziałem ją zdrową.

21. Mateusz K., lat 41, chory od 3 dni. 4/X 1890 r. krosta na lewéj stronie czoła, obrzęki zajmują głowę i szyję. Ciepłota 40·8, p. 144, nieprzytomny, 3 szprycki eteru i wstrzykiwania 5% kw. karb. wykonywane przez felczera. Po 12 dniach na tyle zdrów, że przejeżdżając spotkałem go przed karczmą.

22. Maryjanna K., lat 18, chora od dwóch dni. 27/V krosta na prawem przedramieniu, obrzęki do łokcia, ciepł. 38·2, p. 116. Zrobiłem jednorazowe wstrzyknięcie 5 szprycek, polecając przyjechać, gdyby obrzęki nie ustępowały. — Nie pokazała się więcéj, aż po paru miesiącach i utrzymywała, że obrzęki wtenczas zeszły po trzech dniach.

23. Katarzyna J., lat 32, chora od dwóch dni. 12/VIII krosta nad prawym łokciem, obrzęki do łopatki, ciepł. 38·9, p. 140. Pozostała przez 2 dni w mieście, gdzie jéj robiono wstrzykiwania 3 razy dziennie. 15/VIII c. 37·4, obrzęki ledwie widoczne, krosta pokryta strupem.

24. Mojżesz G., lat 38, chory od 5 dni. 5/I 1891 r. Krosta na prawem przedramieniu, obrzęki do łopatki, ciepł. 39·6, p. 144, osłabienie tak silne, że chory mdleje. Leczony był poprzednio przez felczera na wsi wypalaniem i jodoformem. 3 szprycki eteru i 5 szprycek kw. karb. 6/I 2 razy po 2 szprycki eteru i 3 razy po 5 szprycek kw. krb., c. 39·1, p. 140. 7/I c. 38·5, p. 132, 3 razy po 5 szprycek. 8/I c. 37·6, p. 120, 3 razy po 5 szprycek, krosta pokrywa się strupem. 9/I c. 37·1, p. 104. 2 razy po 3 szprycki. 10/I c. 36·8, p. 96, obrzęki znikły, strup zaczyna się oddzielać; czując się zdrowym odjechał.

25. Wojciech Ż., lat 28, chory od trzech dni. 7/III krosta na lewem przedramieniu, obrzęki do połowy ramienia. Zrobiono dwukrotne wstrzykiwania po 5 szprycek, zalecając przyjechać, gdyby obrzęki się posuwały. Chory więcéj się nie pokazał.

Streszczając przypadki leczenia czarnéj krosty za pomocą podskórnych wstrzykiwań kwasu karbolowego, dochodzimy do wniosków, że leczenie tym sposobem daje najlepsze rezultaty, gdyż na 99 przypadków zebranych przez Grabowskiego (Gaz. lek. Nr. 15) i moich 25, ani jeden nie zakończył się śmiercią, podczas gdy przy innych sposobach leczenia odsetka śmiertelności równa się 17·7% (Grabowski l. c.).

Przeciąg czasu potrzebny do wyleczenia, t. j. opadnięcia gorączki i początku linii demarkacyjnéj krosty równa się średnio 3—4 dni.

Czas trwania osłabienia ogólnego i wycieńczenia bywa znakomicie krótszy, gdyż przeciętnie po 8—9 dniach chory czuje się zdolnym do roboty. Do wstrzykiwań, jak powiedziałem wyżéj, używałem stale 5% roztworu. W tych przypadkach, gdzie próbowałem używać 3% roztworu w początkach leczenia, nie widziałem ograniczenia się obrzęków i spadnięcia ciepłoty i byłem zmuszony uciekać się do silniejszych roztworów.

Przeciwnie po opadnięciu gorączki, kiedy obrzęki zaczynały się zmiejszać, 3% roztwory działały dobrze, przyspieszając oddzielenie się strupa i zniknięcie obrzęków zupełne.

Wstrzykiwania robiłem tylko na granicy obrzęków, wychodząc z téj zasady, że zdolność wessania w tkankach obrzękłych znacznie jest mniejszą, i że nigdy mi się nie zdarzyło widzieć, aby obrzęki przekraczały miejsca wstrzyknięcia. Wstrzykiwania robiłem podskórne, nigdy do mięśni i wstrzykiwałem w jedno miejsce całą szprycę; po wstrzyknięciu lekko ugniatałem. W spostrzeżeniach moich widzimy, że ilość wstrzykiwań wykonywanych przezemnie w ciągu doby i w ciągu całego leczenia była znacznie większą w porównaniu z Grabowskim (l. c.). Zwykle u dorosłych wstrzykiwałem do czasu opadnięcia gorączki i ustępowania obrzęków po 15 szprycek dziennie, podczas gdy wyżéj cytowany Grabowski poprzestawał na 2 szprycach, wyjątkowo dochodząc do 2½ i trzech (spost. 7, 9 i 10). Być może że ilość wprowadzanego przezemnie do organizmu kwasu karbolowego była niepotrzebnie wielką, ponieważ jednak nieprzyjemnych ubocznych objawów nigdy nie zauważyłem, a przeciwnie gorączka stale spadała po trzykrotnych wstrzykiwaniach, nie zmniejszałem więc dawki.

Nawet w tym przypadku, gdzie u dziecka (spost. 14) małego byłem zmuszony wstrzykiwać 5% roztwór, nie widziałem żadnego ubocznego działania; jedynym objawem było ciemne zabarwienie moczu.

Drżenie i uczucie przestrachu, jeden z najprzykrzejszych objawów dla chorych, szybko mijały. Wstrzykiwania same były niebolesne i chorzy sami widząc dobre ich skutki, prosili o nie. Wypalenie, rozcięcie krosty i trzymanie odnogi stale w 5% roztworze nie działa tak pewnie, jest przykrem dla chorego tak z powodu niewygodnego położenia kończyny, jak i wskutek uczucia palenia w skórze. Sposób zresztą ten mógłby znaleźć zastosowanie tylko przy krostach umiejscowionych na kończynach i to na dalszych ich częściach.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Brown-Séquard: **O analgezyi ogólnéj wywołanéj drażnieniem.**

W licznych doświadczeniach dokonanych na małpach, psach, w małéj części na królikach, przekonał się autor, że zadrażnienie mechaniczne lub urazowe skóry szyi, tchawicy, a przedewszystkiem krtani, wywołuje ogólne zniesienie czucia bólu tak, iż wszelkie rany mogą być bez bólu zadawane. Podobną analgezyję można otrzymać przez zastosowanie prądu galwanicznego na krtań lub nerwy krtaniowe górne, jak również przez drażnienie chemiczne chloroformem, kokainą, bezwodnikiem kwasu węglowego, wodnikiem chloralu. Wszystkie te bodźce wywołują analgezyję, nawet znieczulenie bez upośledzenia czynności fizyjologicznych ustroju. — Analgezyja ta może już w kilka minut wystąpić po zastosowaniu jednego z tych bodźców, a czas jéj trwania bywa różnym od jednéj godziny aż do dni kilku, nawet tygodni. Stopień téj analgezyi może zaś być tak znacznym, że galwanizowanie, uciskanie, przecięcie, przypalanie nerwów wielkich jak kulszowy, udowy, splot ramieniowy itd. żadnego bólu nie wywołuje. Błona śluzowa krtani, która pierwsza czucie utraca, pierwsza je po pewnym czasie odzyskuje, skóra zaś szyi a w mniejszym stopniu skóra pach utrzymuje analgezyję najdłużéj ze wszystkich okolic ciała.

Doświadczenia te poleca autor w tym celu, aby się przekonać, czy przez podobne zadrażnienie u człowieka nie możnaby otrzymać w drodze odruchu przez nerwy krtaniowe górne analgezyi, któraby chirurgii mogła oddać znakomite usługi. (*Archives de Physiologie* Nr. 4, 1891).

Dr. Wachholz.

Medycyna wewnętrzna.

Posner i Epstein (Berlin): **O działaniu *syzigium jambolanum* w cukrzycy.**

Syzigium jambolanum zaczęli przeciw cukrzycy polecać lekarze marynarki holenderskiéj. W kolonijach azyjatyckich tego państwa używają tamtejsze szczepy płynu wygotowanego z owocu i kory tego drzewa jako leku już od dłuższego czasu. Drzewo należy do rodzaju *Myrtaceae* a w handlu znachodzi się pod nazwami: *Syzygium, Jambol, Janum, Navel, Djamelang* (Jawa). Według Elborna zawierają owoce, których smak jest pieprzowaty, olejek eteryczny, zieleń, nieco tłuszczu, kwas galusowy, pewne żywice i białko. Naukowo badał je pierwszy Graeser w laboratoryjum Binza. Wywołał on sztucznie cukrzycę u psów podawaniem florydiny, a następnie dawał takim psom wyciąg płynny owoców *syzygium* w dawce 6 gramowéj dziennie. Zawartość cukru w moczu znacznie spadała, odcukrzyć jednak całkiem moczu nie był wstanie. Lewaszew zastosował pierwszy wyciągu tego w dawce 20—40 gr. *pro die* u ludzi (*Berl. kl. Wschft.* Nr. 8, 1891) i był z niego bardzo zadowolony. Autorowie czynili doświadczenia na 3 chorych, podawając 3 razy dziennie najpierw po 4 gr. sproszkowanego nasienia, którą to dawkę późniéj do 40 gr. *pro die* podniesiono. Są oni z osiągniętych wyników wcale zadowoleni. Dzienna ilość moczu znacznie spadała (z 4300 na 2400), ilość cukru się zmniejszała (z 300 na 110 gr.). Męczące pragnienie ustępowało, odżywienie się poprawiało, chorzy przybierali na wadze, ale w żadnym z 3 przytoczonych przypadków cukier zupełnie nie ustąpił. (*Berl. klin. Wschft*, Nr. 38, 1891).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Lawrie, M'William, Hehir: **W sprawie narkozy.**

Komisyja Hyderabadzka przez usta powyższych trzech sprawozdawców doszła do wniosku, że wszelkie niebezpieczeństwa dla życia w narkozie chloroformowéj zależą od zaburzeń w oddechaniu. Ztąd polecają, aby po każdem takiem zaburzeniu, np. niemiarowem lub kurczowem oddechaniu, maskę z chloroformem od ust chorego oddalić i czystem powietrzem odetchnąć mu pozwolić.

Macwilliam zwrócił uwagę na rozstrzeń serca pod wpływem chloroformu występującą, Lawrie uważa ją jednak za następstwo zaburzeń w oddechaniu, przez co krążenie płucne jest upośledzone i za następstwo nagłego obniżenia się parcia. (*Centralblatt f. Chir.* 1891, Nr. 43). *Dr. Wachholz.*

Eiselsberg (Wiedeń): **Tężyczka po wyłuszczeniu przeszczepionego gruczołu tarczykowego.**

Autor wyłuszczał z początku jednę połowę gruczołu tarczykowego u psów i kotów, u których narząd ten jest parzysty i wszywał takową między otrzewnę a fascyję, po upływie zaś pewnego czasu wyłuszczał drugą połowę. Zwierzęta w ten sposób operowane nie zapadały wcale na zdrowiu i nie okazywały żadnych zboczeń. Badanie mikroskopowe przeszczepionego gruczołu tarczykowego uskutecznione późnéj po zabiciu zwierzęcia wykazało, że zachowuje się pod względem budowy zupełnie prawidłowo i zatrzymuje swą żywotność, nie ulegając przemianie wstecznéj. Do wykazania, że przeszczepiony gruczoł tarczykowy zastępczo czynności gruczołu na szyi wykonywa, potrzeba było dowodu, że po wycięciu takiego przeszczepionego gruczołu występują objawy będące zazwyczaj następstwem usunięcia gruczołu tarczykowego. Dowód ten udał się autorowi w zupełności, a na posiedzeniu tow. lekarzy wiedeńskich dnia 30 z. m. demonstrował kota w rzeczony sposób operowanego, przedstawiającego charakterystyczny obraz tężyczki. (*Wiener med. Wschrft.*, 1891, Nr. 45). *Dr. Beck.*

Toksykologija.

Prof. H. Hallopeau: **O przewlocznéj postaci ostrego zatrucia kokainą.**

Zastosowanie kokainy przybrało w ostatnich czasach rozległe rozmiary we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiéj. I jakkolwiek bezsprzecznie oddaje nam ten środek ważne usługi tak w cierpieniach wewnętrznych, jak i w okulistyce i chirurgii, to jednak wiele trzeba zachowywać ostrożności w dawkowaniu, zważając przedewszystkiem na miejsce, gdzie stosujemy i pilnie baczyć na to, że nie wszyscy jednakowo ją znoszą. Przypadek, jaki obserwował Hallopeau wspólnie z prof. Hardy, dotyczył mężczyzny 40 letniego, dobrze odżywionego i zbudowanego. 7 marca 1890 zgłosił on się do jednego z lekarzy dentystów, z powodu ostréj *pulpitis* drugiego zęba trzonowego dolnéj szczęki, z życzeniem wyrwania takowego. Chcąc oszczędzić bolu choremu, lekarz na jego żądanie wstrzyknął mu 8 mgr. *cocain. muriat.* w dziąsła. Kiedy po 5 minutach zabierał się do rękoczynu, chory dostał nagle silnego napadu *angina pectoris* ze wszystkiemi jéj objawami. Chwilkę potem nastąpiło omdlenie, a nitkowate tętno zaledwie wyczuć się dawało. Po zastosowaniu eteru wewnętrznie akcyja serca powróciła do normalnego stanu, ale zarazem nastąpiły objawy ze strony umysłu, ujawniające się podnieceniem. Chory niespokojny bił się w piersi, wyznawał swoje winy, potem zaczął narzekać, płakać i rozpaczać. To trwało 10 minut, skoro się nieco uspokoił lekarz wykonał ekstrakcyję. Podobny zupełnie napad jak zaraz po wstrzyknięciu, dostał pacyjent w dwa dni późniéj, zawezwany lekarz znalazł: źrenice rozszerzone, tętno nitkowate, tony serca głuche, uderzenia nieregularne. Potem jesz-

cze pojawiły się napady w tydzień i w 15 dni po wstrzyknięciu, z temi samemi objawami. Pomiędzy tym czasem aż do początków maja tegoż roku, chory bywał niespokojny, cierpiał bezsenność i ból głowy, i zauważył, że praca nie idzie mu tak jak dawniéj, wszystko go męczy, drażni i niepotrafi zebrać myśli nawet w celu wykonania najprostszych zajęć, jakie dawniéj z łatwością wykonywał. Z powodu tych objawów zastosowano brom po 4·0 na dawkę. Chory się znacznie uspokoił, ale bezsenność i ustawicznie pojawiający się ból głowy, zmusiły lekarzy ordynujących do podawania mu chloralu. W kilka dni stan chorego tak znacznie się polepszył, że powrócił po raz pierwszy od czasu owéj injekcyi kokainowéj do dawnych swych zajęć d 9 maja, a więc po 2 miesiącach i odtąd ma się zupełnie dobrze.

Wszystkie te napady, jak i stan chorego przez przeciąg 3 miesięcy autor wraz z prof. Hardym odnoszą do ostrego zatrucia 8 mgr. kokainy, a dowodzą tego tem, że i inni obserwowali po jednorazowem wstrzyknięciu nawet mniejszych dawek, bo 7 mgr., przewłoczne ostre zatrucie kokainą trwające do miesiąca. I tak Williams i Hoenel ogłosili podobne przypady trwające przez tydzień, po 8 mgr. kokainy wstrzykniętéj w dziąsła. Mannheim opisał jeszcze w 1886 r. chorego, u którego nastąpiło ostre zatrucie kokainą z napadami *angina pectoris.*, po 2 ctgr. wstrzykniętych z powodu nerwobólu n. troistego, które trwać miało przez dwa tygodnie. Najbardziéj jednak popierającym twierdzenie autorów jest przypadek Fr. Franka, w którym 1 ctgr. kokainy wstrzyknięty w dziąsła, wywołał zupełnie te same objawy, jakie widział Hallopeau, które dopiero po 4 przeszło tygodniach ustąpiły.

Znaną jest rzeczą, że objawy zatrucia ostrego przez opium lub beladonę trwały dłużéj niż tydzień, a zaburzenia powstałe po ostrem zatruciu digitaliną ustawały czasem dopiero po 2 miesiącach. Zestawione przypadki dowodzą, że podobnie rzecz się ma i z kokainą. Największa ich część pochodzi z praktyki dentystycznéj. Autor tłómaczy to tem, że dobrze zastrzyknięta kokaina w większéj części w dziąsłach pozostaje nawet po wyrwaniu zęba i ulega szybkiéj resorbcyi. W ogóle zatrucie ostre daleko prędzéj przychodzi do skutku przy wstrzykiwaniach kokainy w okolicę głowy i szyi niż gdzieindziéj. Jako najwyższą dawkę przy wyrywaniu zęba autor poleca 4—5 mgr., uważając tę ilość za zupełnie do znieczulenia wystarczającą. (*Revue odontologique*, Septembre et Octobre, 1891.) *Dr. W. Łepkowski.*

Schröder i Strassmann: **Zatrucia binitrobenzolem.**

W fabryce aniliny pod Berlinem zaszły przypadki zatrucia metabinitro-benzolem, związkiem przedstawiającym się w formie jasnożółtych igiełek, przy 90° topniejących, w wodzie nierozpuszczalnych. Objawy u robotników spostrzegane były następujące: Żółtaczkowe zabarwienie skóry, powiększenie i bolesność przy dotyku wątroby, ciemne zabarwienie przejrzystego moczu, biegunka, kał prawidłowo zabarwiony, sine zabarwienie warg, znaczne osłabienie mięśniowe; poszukiwanie w moczu kwasów i barwików żółciowych daje wynik ujemny, natomiast po dolaniu HCl i dodaniu cynku odbarwia się (strąca się binitrobenzol jako fenylendiamin) a za dolaniem azotanu sodowego zmienia swą barwę na brązową (tworzy się bismarkbraun). Objawy te nie przemawiają za zwykłą żółtaczką nieżytową, brak bowiem odbarwionego kału i barwików żółci w moczu.

Celem wyjaśnienia działania trującego dinitrobenzolu przedsięwzięli autorowie doświadczenia na królikach i psach i na téj zasadzie doszli do wniosków: binitrobenzol jest trucizną działającą na system nerwowy. która wywołuje porażenia mięśni, między innemi i oddechowych, w następstwie czego następuje śmierć.

U człowieka działanie to na mięśnie cechuje się ogólnem osłabieniem. Działanie jego jest kumulatywnem. We krwi nie wywołuje rozpadu ciałek czerwonych i powstanie methb., ztąd widocznym jest brak obrzęku śledziony i brak hemoglobinuryi. Wywołuje nieżyt żołądka i jelit, nawet jeśli się go podaje podskórnie.

W fabrykach, gdzie robotnicy z środkiem tym się stykają, należy szczególniejszą zwracać na nich uwagę, aby nie używali w ciągu pracy alkoholu, gdyż ten rozpuszczając binitrobenzol zatruciu sprzyja i takowe ułatwia. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1891, III F., I B. S.)

Nebler: **Nacierania olejem zwierzęcym cuchnącym przyczyną zatrucia śmiertelnego.**

Matka czworga dzieci, dotkniętych wysypką skórną, udała się o poradę lekarską do owczarza, który jéj polecił przez 5 godzin z rzędu nacierać dzieci *cum oleo animali foetido*, następnie zaś mydłem szarem. Wszystkie dzieci zapadły już po 4godzinnem nacieraniu wśród objawów, jak wymiotów, biegunek, bolów żołądka, kurczów i omdlenia. Pięcioletni syn zaś zmarł w dwie godziny po tem leczniczem nacieraniu.

Na zasadzie oględzin zwłok sądowolekarskich i badania chemicznego treści ze zwłok dobytych wydaje autor następujące orzeczenie: olej zwierzęcy cuchnący otrzymywany przez suchą destylacyję kości, kopyt, sierci i innych rogowych części składowych zwierzęcia, zawiera w sobie całą grupę pyrydynowych istot, które są mocno trujące. Zawiera on nadto związki sinu o działaniu również zabójczem. Nagłe zachorowanie dzieci przedtem zdrowych, w obec tego iż reszta domowników zupełnem cieszyła się zdrowiem a tylko czworo owych dzieci olejem leczonych zapadło wśród tak niebezpiecznych a jednakich objawów, nie pozwala przypuścić żadnéj endemicznéj choroby, lecz tylko zatrucie. Zatrucie w danym przypadku nastąpiło przez wniknięcie trucizny przez skórę do krwi, a ztąd dopiero następowo do wszystkich narządów wewnętrznych, w których stan zapalny wywołało. Tak znaleziono zapalenie w nerkach, oponach mózgowych, stan ostrego nieżytu w żołądku i jelitach. W przypadku danym objawy ogólne, jak zawroty, kurcze, omdlenie, wyprzedziły objawy ze strony żołądka i jelit, a to z powodu, że trucizna najpierw krwi i limfie a więc całości ustroju się udzieliła, nim w żołądku i jelitach złożona mogła z ich strony objawy chorobowe wywołać.

Domorosły lekarz został skazany na rok więzienia.

Zauważyć tu trzeba, iż natura ludzi jest wszędzie jednaką, nawet w wysoko ucywilizowanych Niemczech i zawsze pociąga do zasięgnięcia porady u szarlatana, zamiast u ludzi fachowo wykształconych. (*Vierteljschr. für gerichtl. Med.* 1891, II B., 2 H.) *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

M. Picqué: **O niektórych przyczynach ujemnego wyniku łyżeczkowania w zapaleniach błony śluz. macicy.**

Autor uważa za bardzo zbawienny środek łyżeczkowanie błony śluzowéj macicy w jéj chron. zapaleniach nawet, gdy patologiczna sprawa przeniosła się już na trąbki, co dotąd uważano za przeciwwskazanie. Nie każdy jednak rodzaj zapalenia trąbek dozwala łyżeczkowania, jak również nie wszystkie formy *endometritis.* Zapalenie błony śluzowéj szyi macicznéj wraz z erozyją daje wskazanie do amputacyi części pochwowéj. Również jeżeli łyżeczkowanie nie usuwa zwyczajnéj *endometritis*, tembardziéj nie usunie jéj, gdy ona jest skomplikowaną, czy to schorzeniem adnexów, czy zmianą położenia macicy itp. Wyskrobanie z przedniéj ściany macicy uważa za niedostateczne zazwyczaj, przeto odrazu łyżeczkuje całą jamę. Przytacza dwa przypadki: Jeden z rozpoznaniem *endometritis chr.*, *retroflexio uteri*, *laceratio cervicis.* Nie widząc w samem łyżeczkowaniu dostatecznego środka do zupełnego wyleczenia, dodaje doń skrócenie więzów okrągłych.

Druga chora obok *endometrtiis* okazywała *vulvo-vaginitis blenorrhoica.* W takich przypadkach uważał, że wykonane łyżeczkowanie bez wyleczenia poprzedniego zapalenia pochwy nie prowadzi do celu, bo objawy *endometritis* wracają mimo ścisléj antiseptyki wśród operacyi pierwszéj. Tę okoliczność uważa autor za przyczynę niepomyślnych rezultatów łyżeczkowania, szczególniéj gdy *vaginitis* usadowioną jest przeważnie w sklepieniach. Dlatego radzi, aby choréj, nim do operacyi przyjdzie, wymywać skrupulatnie pochwę

parę razy dziennie roczynem sublimatu, tamponować gazą jodoformową przez dni ośm i nie przedsiębrać łyżeczkowania przed wyleczeniem zupełnem *vaginitis*.

Te dwa przypadki przytacza P. jako ciekawe, że ponieważ obok *endometritis* istnieje albo zmiana chorobowa w adnexach lub położenie macicy jest nieprawidłowem, albo też równoczesna *vaginitis*, w takich łyżeczkowanie nie doprowadza do celu i dlatego radzi na to baczną zwracać uwagę. (*Gazette des Hôpitaux* 1891, Nr. 19).

Dr. W. Harajewicz.

Gusserow: O całkowitem wycięciu macicy przez pochwę z powodu złośliwych nowotworów.

Autor należy do operatorów radykalnych i w przypadkach złośliwych nowotworów nie uznaje żadnych zabiegów częściowych, n. p. wysokiéj Schröderowskiéj amputacyi. Jest on tego zdania, że nowotwór złośliwy jako taki daje wskazanie do całkowitego usunięcia macicy, naturalnie jeżeli to się j e s z c z e uczynić da. Kiedy j u ż n i e należy operować, to wydawałoby się jasnem — wtedy, kiedy już nie można operować w zdrowych częściach, a więc z nadzieją usunięcia wszystkiego, co nowotworowo zwyrodniałe. Ale właśnie oznaczenie téj granicy jest trudne. Naturalnie, że im się operuje wcześniéj, tem lepiéj; wszystko więc w końcu zależy od wczesnego rozpoznania. To dość wczesne rozpoznanie i zgłoszenie się do zabiegu jest rzadkiem, częścią dlatego, że pierwsze objawy raka macicy są małoznaczące tak, że chore na nie nie zwracają uwagi, częścią zaś z winy lekarzy, którzy nie dość wcześnie rozpoznają chorobę. Nad tem zwłaszcza ubolewa Gusserow.

Autor trzyma się zawsze téj zasady, że jeżeli nowotwór części pochwowéj lub szyi przechodzi na błonę śluzową pochwy lub jako naciek w tkankę okołomaciczną, wtenczas uważa chorą za straconą i nie operuje wcale. Z drugiéj strony nie tai G., że nie zawsze łatwo powiedzieć, czy istnieje naciek w tkance okołomacicznej, czy nie. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga poruszalność macicy. Jeżeli macica daje się ściągnąć kulociągiem na dół tak, ażeby ujście zewnętrzne dochodziło niemal do sromu, wtenczas z pewnem prawdopodobieństwem można wykluczyć naciek nowotworowy w tkance okołomacicznéj. Jeżeli zaś poruszalność ta jest znacznie upośledzona, jeżeli przytem przy silniejszem naciąganiu czuć napinające się mało elastyczne taśmy, nie leżące w zatoce Douglasa, tylko w tkance okołomacicznéj — wtenczas najprawdopodobniéj nowotwór przekroczył już granicę macicy i nie nadaje się już do operacyi. Czy przez stanowcze przestrzeganie tych zasad nie odmawia G. czasem jedynéj pomocy kobiecie, u któréj możnaby jeszcze operacyję radykalnie wykonać, tego sam autor nie wie i nad tą swoją nieświadomością ubolewa; ale dodaje: pewniejszego sposobu rozstrzygnięcia, co się do zabiegu nadaje a co nie, na razie nie ma.

Wybierając tak skrupulatnie, wykonał G. całkowite wyjęcie macicy przez pochwę tylko 67 razy na 1350 przypadków nowotworów złośliwych macicy, które widział w ostatnich dziewięciu latach. Cztery razy nadto był zmuszonym po otwarciu sklepień przez pochwę dokonać wyjęcia macicy przez laparatomiję, i to z powodu nadmiernego powiększenia macicy dotkniętéj włókniako-mięśniakami w dwóch przypadkach, w jednym zaś z powodu zmian w trąbkach. Wszystkie te trzy przypadki zakończyły się śmiercią.

Na 67 przypadków operacyjnych zmarło 7 osób, wszystkie na posocznicę, a więc 10.4%.

Z 60, które pozostały przy życiu, dziesięć nie wchodzi w rachubę. Są to ostatnie operowane, które od zabiegu dzieli tak niedługi czas (do 6ciu miesięcy), że brak recydywy nie dowodzi u nich niczego. Zajmuje więc autora los tylko 50 operowanych. Z tych 12 umarło (11 na nawrót raka, jedna na *pyelonephritis*, pozostającą w związku z operacyją), 16 pacyjentek cieszy się dobrem zdrowiem i nie ma recydywy. Z tych jedna operowana przed 8 laty, jedna przed 4½, dwie przed 3 laty. Losy 11 pacyjentek nie są autorowi znane; pozostałe (a więc 11) żyją, ale mają nawrót nowotworu.

Wprawdzie liczba zupełnie wyleczonych nie jest duża, tego jednak nie trzeba zapominać, że chodzi tu o chorobę tak straszną jak rak macicy i w inny sposób zupełnie nieuleczalną. Może rezultaty autora byłyby lepsze, gdyby było można wykonać zabieg we wcześniejszym okresie choroby. (*Brl. klin. Wschrft.*, 1891, Nr. 47). *Dr. Al. Rosner.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 listopada. W Nrze 11 „*Nowin lekarskich*“ czytamy następującą odezwę:

„Rozpoczynając przed trzema laty wydawnictwo „*Nowin lekarskich*“, z góry byliśmy przekonani, że wydawnictwo nasze wśród niekorzystnych warunków, których bliżéj określać nie potrzebujemy, połączone będzie z wielu trudnościami. Nie przypuszczaliśmy atoli na chwilę, byśmy już po upływie trzech lat, widząc brak należytego poparcia ze strony kolegów wydawnictwa naszego, mieli być zniewoleni do oświadczenia, że mimo najlepszych chęci, nie będziemy mogli z powodu z b y t s z c z u p ł é j l i c z b y a b o n e n t ó w pisma naszego daléj od Nowego Roku wydawać. Czyśmy zadaniu, jakieśmy sobie na wstępie stawili, aby wydawać pismo lekarskie polskie, któreby odźwierciadlało obecną dobę rozkwitu medycyny z szczególnem uwzględnieniem prac naszych rodaków, w ciągu tego kończącego się trzechlecia sprostali, sąd o tem nie do nas należy. Sumiennie jednakże zapewnić możemy Szanownych Czytelników, że staraliśmy się jak najskrupulatniéj i, o ile siły nasze starczyły, zadaniu temu sprostać. Czyniliśmy to tem chętniéj i tem skwapliwiéj, gdyż zdawało nam się być obowiązkiem ludzi patrzących trzeźwo na sprawy naszego społeczeństwa, aby i od nas z Wielkopolskiéj ziemi widoczny dawać dowód, że mimo braku uniwersytetu, mimo wielu a wielu niedogodności w lekarzach wielkopolskich nie zamarła trzeźwa myśl naukowa, że i oni podążają za postępem nauki, a nadto, że mają organ, w którymześrodkowuje się wspólna łączność koleżeńska i naukowe stosunki z kolegami innych dzielnic naszéj Polski. My lekarze w Wielkopolsce przyjmowaliśmy, powiedzmy to otwarcie, w ruchu polskiego świata lekarskiego dotychczas udział tak bardzo niewielki, że doprawdy znać nas było zaledwie gdzieniegdzie. To też zdawało się nam być rzeczą wprost zdrożną i grzeszną, aby i nadal tak bezczynnie zakładać ręce i tylko na obcych kształcić się wzorach. Sądziliśmy, że i nam trzeba uprawiać naukową glebę lemieszem swojskim, t. j. naszym pięknym rodzimym językiem, który tak samo, jak inne języki żyjące w miarę postępu nauk wytworzył i wytwarza sobie nowe wyrazy odpowiadające charakterowi języka. Kto téj potrzeby uprawiania ojczystego języka nie odczuwa, lub nie uznaje, nie może chyba czuć się Polakiem. Młodzież nasza uniwersytecka kształcona na obczyźnie nie ma sposobności przyswojenia sobie nomenklatury lekarskiéj polskiéj, to też po ukończeniu nauk lekarskich kształci się ona i nadal na pracach obcych i w obcym języku dzieli się późniéj owocem swych spostrzeżeń i doświadczeń zawodowych, znając własnych ziomków prace zaledwie tylko z referatów ogłaszanych w językach obcych. Naszem zamiarem było, wydając „*Nowiny lekarskie*“, niedostatkowi temu zapobiedz. — Przystąpiliśmy tedy przed trzema laty do wydawania „*Nowin lekarskich*“ w nadziei, że co najmniéj wszyscy lekarze polscy z zaboru pruskiego pismo nasze zaabonują. Niestety wielu, bardzo wielu dziś jeszcze z „*Nowinami lekarskiemi*“ nawet się nie zapoznało, a i koledzy z innych dzielnic ojczyzny nie poparli nas tak, jak się tego spodziewać mieliśmy może i prawo. Że nam po tak krótkiéj, a jak sądzimy nie bezowocowéj pracy, ciężko, bardzo ciężko przyjdzie powiedzieć, że nie dla czego innego, lecz jedynie dla braku prenumeratorów i braku współdziałania koleżeńskiego pismo nasze prawdopodobnie od Nowego Roku daléj wychodzić nie będzie, niepotrzebujemy się nad tem rozwodzić.

Fundusze, któremi rozporządzaliśmy, wydawnictwo nasze pochłonęło już prawie zupełnie. Dochód dotychczasowy z prenumeraty zaledwie starczył na druk i papier, nie mówiąc już o honoraryjach dla autorów. Więcéj ofiar łożyć nie możemy, a widząc wielką obojętność kolegów w Wielkopolsce dla polskiego

pisma naukowego lekarskiego, mimowoli zdawaćby się mogło, że ofiary nasze były bezcelowe a może i źle użyte....

Jeżeli do 15 grudnia otrzymamy od kolegów z osobna oświadczenie, że pismo nasze popierać i prenumerować będą, chętnie i nadal służyć chcemy dobréj, jak sądzimy, sprawie. Od ilości nadesłanych oświadczeń na ręce przewodniczącego w komitecie redakcyjnym zależeć będzie dalszy byt i przyszłość „*Nowin lekarskich*".

Powyższą odezwę redakcyi „Nowin Lekarskich" uważaliśmy za tak ważną, żeśmy ją w całéj rozciągłości i dosłownie powtórzyli. Spadła ona jak grom z nieba wypogadzającego się; zastała też nas całkiem nieprzygotowanych. Gdy pismo to powstało przed 3 laty, powitaliśmy je z nieudaną, szczerą radością, jako dowód, że pomimo ciężkich warunków koledzy wielkopolscy zabierają się do pracy zacnéj na niwie piśmiennictwa naszego lekarskiego, a rokowaliśmy nowo powstałemu pismu powodzenie, przekonawszy się po pierwszych numerach, że garstka zdolnych i zacnych kolegów zabrała się do pracy bezinteresownie, z gruntowną znajomością rzeczy, z poświęceniem prawdziwem i ze szczerą chęcią służenia świętéj sprawie. I pokazało się wkrótce, na co zdobyć się może garstka pracowników powołanych, ożywionych gorącą miłością pięknego języka ojczystego. — Obok obfitéj treści ani na chwilę nie spuścili z oka, że zadaniem głównem wydawnictwa pisma polskiego jest pielęgnowanie języka i przestrzeganie jego czystości. I pokazało się, że brak szkół lekarskich polskich, nawet brak wszelkich szkół polskich nie wystarcza, żeby wytłomaczyć niczem usprawiedliwić się nie dającego psowania języka, przez co nietylko nie oddaje się usługi, ale przeciwnie wyrządza się pięknemu językowi naszemu krzywdę, jakiéj od największego wroga ta resztka naszego mienia obawiać się nie potrzebuje. „Nowiny Lekarskie" odznaczały się zawsze językiem poprawnym obok innych wielkich zalet, a bez przesady rzec można, że każdy numer napawał nas radością w jednym i drugim względzie. A mimo to, jak się teraz dopiero dowiadujemy, jednéj rzeczy nie dostawało wydawnictwu, warunku jednak do życia koniecznie potrzebnego, to jest dostatecznéj dla istnienia liczby abonentów. Ponieważ zaś i poświęcenie ma swoje granice, więc redakcyja z powodu braku należytego poparcia materyjalnego widziałaby się zmuszoną począwszy od Nowego Roku zawiesić wydawnictwo, gdyby odtąd przynajmniéj na większe poparcie materyjalne liczyć nie mogła. Nie przywykli do różowego zapatrywania się na stosunki nasze, tym razem jednak nie poddajemy się pesymizmowi i sądzimy przeciwnie, że serdeczna odezwa zasłużonéj redakcyi i otwarte wynurzenie kłopotliwego położenia ze strony tyle zasłużonego grona kolegów poznańskich będzie bodźcem aż nadto dostatecznym dla wszystkich lekarzy polskich, aby nie dać upaść pismu fachowemu, które na kresach naszych zachodnich tak godnie broniło interesów i honoru nauki lekarskiej polskiéj, bo przekonani jesteśmy, że bronienie tego sztandaru jest świętym obowiązkiem nas wszystkich. To też natychmiast po przeczytaniu powyższéj odezwy za inicyjatywą prezesa Tow. lekarskiego krakowskiego, prof. Gluzińskiego, rozpoczęła się akcyja w Krakowie, zrazu w łonie komisyi redakcyjnéj „Przeglądu Lekarskiego", któréj członkowie, o ile dotąd nie byli abonentami „Nowin Lekarskich", zobowiązali się abonować je od Nowego Roku, a na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego Prezes uczynił wniosek odpowiedni, o którym nie wątpimy, że skutek pożądany odniesie; wreszcie w imieniu Towarzystwa Prezes udał się do Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie z prośbą o przyłączenie się do usiłowań naszych, a również ani na chwilę nie wątpimy, że koledzy lwowscy, zawsze skorzy do popierania celów szlachetnych, pójdą z nami ręka w rękę, a liczniejsi od nas, pospieszą z pomocą skuteczniejszą. Zbyteczna dodawać, że z naszéj strony zabiegi kolegów w ratowaniu pisma zasłużonego popieramy jak najgoręcéj; i o ile sił naszych starczy, ciągle popierać je będziemy, w przeświadczeniu, że służąc poczciwéj sprawie pracy i ofiar szczędzić nie powinniśmy, i że na najbliższym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich tylko wtedy śmiało zajrzeć potrafimy w oczy kolegom poznańskim, jeżeli usiłowania nasze uwieńczone zostaną pomyślnym rezultatem. Mamy zaś niepłonną nadzieję, że *Viribus unitis* rezultat będzie pomyślnym. A więc w imię Boże koledzy do dzieła!

* Na posiedzeniu Tow. lek krak. dnia 18 b. m. Przewodniczący powitał jako gościa Dra Dymnickiego z Buska, poczem wita p. Kosińskiego inżyniera-hygijenistę z Berlina, który zaprosił członków Tow. lek. na odczyt „o wysuszaniu mieszkań wilgotnych"; czas i miejsce odczytu ogłoszone będą w dziennikach. Kol. Sokołowski zdaje sprawę z leczenia wrzodów żylakowych za pomocą dermatolu, oraz przedstawia chorą z kliniki prof. Rosnera leczoną tym środkiem. W dyskusyi zabierali głos kol. Wachholz i prof. Rosner. — W dyskusyi nad odczytem kol. Momidłowskiego zabierali głos koll. proff. Gluziński, Mars, Prelegent oraz koll. Filipkiewicz i Kwaśnicki. — Wreszcie kol. Prezes odezwał się do zebranych w sprawie „Nowin lekarskich".

* Dowiadujemy się z „Czasu", że Wydział krajowy odstąpił od projektu ustanowienia posady stałego zastępcy prymaryjusza oddziału III w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. O kwestyi téj pisaliśmy w Nrze 40 „Przeglądu Lek." przemawiając za zbytecznością téj posady.

* D. 27 b. m. odbył się we Lwowie jubileusz 25-letniéj służby szpitalnéj Dra Oskara Widmana. Urodzony we Lwowie d. 18 marca 1839 r. uczęszczał na medycynę we Wiedniu, a późniéj w Krakowie, gdzie uzyskał stopień doktora i był asystentem przy katedrze fizyjologii. Przeniósłszy się do Lwowa pełnił obowiązki sekundaryjusza w szpitalu powszechnym i asystenta przy klinice lekarskiéj ówczesnéj szkoły medyko chirurgicznej. W r. 1871 mianowany został prymaryjuszem oddziału wewnętrznego w szpitalu powszechnym i na téj posadzie dotąd pozostaje. Jest autorem kilku rozpraw w dziedzinie fizyjologii i medycyny wewnętrznéj oraz dzieła o chorobach serca i wielkich pni naczyniowych. Kilka cennych rozpraw ogłosił i w „Przeglądzie Lekarskim".

* Egzamin rządowy celem uzyskania posady w publicznéj służbie zdrowia złożyli w terminie listopadowym w Krakowie pp. Drowie wszech nauk lek.: Antoni Chomin ze Lwowa, Stefan Drzewiecki z Sokołowa, Józef Friedberg, c. k. lekarz pułkowy i Jan Orski z Krakowa oraz Włodzimierz Szczepański z Rzeszowa.

* Stopień doktora w. nauk lek. uzyskał w Uniw Jagiell. p. Zygmunt Czop z Dobromila w Galicyi.

* W tygodniu 43-tym (od 25 do 31 października) było w Krakowie małżeństw 19, urodzin 50, skonów 59; z tych z zapalenia płuc 14 z gruźlicy 11, z nieżytu żołądka i jelit 7, z innych chorób zakaźnych 4, z odry 2.

W tygodniu zaś 44-tym (od 1—7 listopada) małżeństw 19, urodzin 71, skonów 54; z tych z gruźlicy 10, z zap. płuc 10, z nieżytu żołądka i jelit 4, z dławca i błonicy 2.

* **Wiadomości osobowe.** W Berlinie odbyła się rzadka uroczystość 70-letniego jubileuszu doktorskiego tajnego radzcy zdrowia Dra Marcina Steinthala, urodzonego w r. 1798, a promowanego w r. 1821, prezesa Tow. Hufelanda, cieszącego się dotąd zdrowiem cielesnem i umysłowem. — Prof. nadzw. hygijeny w Królewcu Dr. Karol Fränkel mianowany został profesorem zwyczajnym tego przedmiotu w Marburgu, a katedrę w Królewcu po nim otrzymał docent berliński Dr. Erwin Esmarch, syn chirurga.

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy z szczególnem uwzględnieniem własnego postępowania, Poznań 1891, in 8-vo, str. 15. — Tenże: Kongres towarzystwa francuskiego okulistycznego (odbitka z *Nowin lek.* 1891), in 8-vo str. 9. — Dr. WAGNERA: Otwiet na zamieczania Dr. S. Minza po powodu moci statii o sposobie predłożennom Winterom dlia analiza żełudocznego soka. (Odbitka z *Wracza*) in 8-vo, str. 11. — K. RYCHLIŃSKIEGO: Przyczynek do anatomii patologicznéj amencyi (Meynerta). (Odbitka z *Gazety Lek.*) 1891, in 8-vo, str. 5. — Prof. Arrigo TAMASSIA (w Padwie): Sull' obliterazione dei vasi omfalicali, Venezia 1891, in 8-vo, str. 17. — Tenże i FRATINI: La ragnatela come causa di tetano, Reggio nell' Emilie 1891, in 8-vo, str. 13. — Prof. OBALIŃSKI (w Krakowie): Uiber serose retroperitoneale Cysten. (Od-

bitka z *W. klin. Wschrft*) 1891, in 8-vo str. 7. — Prof. A. TAMASSIA (w Padwie): Sulla inibizione cardiaco-respiratoria di Brown Séquard. (Odbitka z *Atti del R. Istituto Veneto*, I, II. Ser. VII), in 8-vo, str. 24. — A. PUŁAWSKI (w Warszawie): Spostrzeżenia kliniczne nad wstrzykiwaniami soku jadrowego. (Odbitka z *Gazety Lek* 1891), in 8-vo, str. 13. Prof. OBALIŃSKI: O surowiczych torbielach zaotrzewnowych. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1891), in 8-vo str. 6. — Dr. ELSENBERG: Syfilis w stosunku do małżeń twa, Warszawa 1891, in 8-vo, str. 44.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 28 Listopada 1891. Nr. 48.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przypadek tętniaka tętnicy macicznéj.[1])

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Panowie Koledzy! W sekcyi ginekologicznéj VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przedstawiłem na posiedzeniu dnia 17 lipca chorą, którą po raz pierwszy widziałem dnia 14 lipca i u któréj rozpoznałem tętniaka tętnicy macicznéj lewéj (*Aneurisma arteriae uterinae sinistrae*). Przypadek ten przedstawiłem tem pochopniéj, że mi podobny z piśmiennictwa znanym nie był. Wówczas mogłem tylko przedstawić chorą i stwierdzić rozpoznanie, a nadto wysłuchać zdania kolegów ginekologów na zjeździe zgromadzonych. Po odbytym zjeździe miałem sposobność przez ciąg prawie dwóch miesięcy częstego widywania i badania choréj, a temsamem czynienia spostrzeżeń nad dalszym przebiegiem cierpienia. Obecnie nadto przeglądnąwszy odnośne piśmiennictwo, o ile mi takowe było dostępne, i nie znalazłszy o podobnym przypadku wzmianki, sądzę, że niniejszy zasługuje na skrzętne zanotowanie.[2])

Osoba lat 44 licząca, żona kupca, poczęła miesiączkować w 12 roku życia; miesiączka bywała zawsze skąpa 3—4 dni trwająca i w regularnych odstępach czasu powracała. Obecnie miesiączkuje również skąpo, czasami obficiéj, to znów skąpiéj a nadto od czasu do czasu miesiączka się przeciąga i trwa dłużéj. W młodości na nic się nie żaliła, nie chorowała, czuła się zdrową. W 19 roku życia wyszła za mąż, zaszła niebawem w ciążę i po dwóch miesiącach poroniła. Po poronieniu sprawy żadnéj zapalnéj nie przebywała, była jednak długo chorą, albowiem przez cały rok krwawiła. Późniéj już nie rodziła ani nie roniła. Po 10 latach niepłodnego małżeństwa poczęła szukać rady lekarskiéj przeciw niepłodności. Lekarz, którego się radziła, znalazł cierpienie macicy, przeciw któremu radził choréj miejscowych upustów krwi z tejże; na co gdy się pacyjentka zgodziła, stawiał jéj kilkakrotnie bańki na części pochwowéj. Leczenie to nie doprowadziło do pożądanego celu, a ponieważ pacyjentka czuła się po za tem zdrową, przeto rady lekarskiéj przez lat wiele nie zasięgała.

Od kilku lat dopiero poczęła mieć w brzuchu uczucie, jak podaje, ciągłego pukania, jużto mniéj jużto więcéj wyraźnego. Przed nadejściem miesiączki pukanie to stawało się wyraźniejsze i coraz uciążliwsze; wyraźniéj występowało także po większem zmęczeniu pracą lub chodzeniem. Stan ten stawał się dla niéj coraz przykszejszym, czuła się rozdrażnioną nerwowo i poczęła źle sypiać. Przed dwu przeszło laty będąc w Wiedniu zasięgała rady tamecznych lekarzy, którzy rozpoznali cierpienie kobiece, a mianowicie: guz mały koło macicy. Jedni z nich byli za zabiegiem operacyjnym, inni przeciw takowemu, i wreszcie po uczynionéj naradzie lekarskiéj polecili choréj bierne zachowanie się i dalsze obserwowanie cierpienia. Od dwóch lat żali się chora na szereg objawów dotyczących przewodu pokarmowego, między innemi na kurcze żołądkowe powracające od czasu do czasu, podczas których uczucie tętnienia w brzuchu się wzmaga i staje się nader dokuczliwe. Z powodu nadmienionych objawów dotyczących przewodu pokarmowego wysłaną została chora w celu leczenia do Krynicy, gdzie się pod moją opiekę udała.

B a d a n i e wykazało osobę wzrostu średniego, bardzo dobrze odżywioną. Powłoki ogólne i ciało jędrne, język mocno obłożony, czynność serca przyspieszona, tętno twarde, ciepłota prawidłowa, ucisk wywarty na wyrostki kolczaste kręgów 8 i 9 piersiowego dotkliwy, odruchy ścięgniste podniesione, okolica dołka podsercowego tkliwa, zresztą za pomocą badania zewnętrznego nic osobliwego wybadać nie można. Oglądanie sromu i przedsionka nie okazuje żadnych zmian nieprawidłowych.

Badając wewnętrznie za pomocą palca znachodzimy pochwę niezbyt szeroką, o ścianach wyraźnie fałdy okazujących; część pochwowa zbacza od osi miednicy nieco na prawo, długa na centimetr, o ujściu drobnem, gładkim brze-

[1]) Rzecz odczytana w Tow. ginek. krak. d. 3-go listopada 1891. — [2]) Jedyny przypadek, jaki w piśmiennictwie napotkałem pod tytułem: *Aneurisma arteriae uterinae* podany przez G r a i l y H e w i t t a (Schmidts Jahrb. T. 142, str. 245) odnosi się do przypadku *aneurisma spurium*, powstałego skutkiem urazu u położnicy, którą mąż 4 dnia po porodzie kolankował. 20 dnia po porodzie krwotok z zejściem śmiertelnem, oględziny pośmiertne rzecz wyjaśniły.

giem otoczonem. Sklepienie prawe szczelinowate, tylne od strony prawéj wolne, w przedniem czuć dalszy ciąg ciała macicy. Sklepienie lewe szerokie, obniżone przez guz elastyczny, w dolnym odcinku gładki, kulisto ograniczony przy dotyku bardzo wyraźnie tętniący. Badając dwuręcznie sposobem zestawionym stwierdzić można macicę prawidłowych rozmiarów w całości na stronę prawą przesuniętą w prawidłowem pochyleniu ku przodowi, dającą się poruszać w kierunku od przodu ku tyłowi i na odwrót. Poruszalność na boki, do góry i na dół upośledzona. Po stronie lewéj macica nie daje się od guza odgraniczyć ani obok niego przesuwać, stanowiąc wraz z tymże jednolitą całość. Guz pomieniony leży w więzie szerokim lewym tuż nad sklepieniem pochwowem, które spycha ku dołowi, przylega szczelnie do lewego brzegu macicy i to poczynając od miejsca przyczepu pochwy do części pochwowéj aż niemal do dna tejże. Guz ten wielkości dużego orzecha włoskiego albo raczéj jaja kurzego, zwężając się nieco sięga na bok do tylnéj ściany panewki stawowéj, w dotknięciu elastyczny, o powierzchni od dołu i od góry gładkiéj, od przodu okazuje rowkowate zagłębienie, przebiegające poprzecznie przez środek przedniéj jego ściany. Pod palcami czuć w całym guzie tak wyraźne tętnienie, że nie można powątpiewać o jego naturze. Pod uciskiem daje się ugnieść i zmniejsza się znacznie, bo niemal do połowy swéj objętości, przyczem czuć można, że ściany jego od góry, dołu i przodu są cienkie, po stronie zaś lewéj i prawéj grubsze, jak niemniéj, że w miejscach, gdzie ściany grubsze, są one zarazem zbitsze, twardsze, niepodatne, jakby w ścianie jakieś blaszki tkwiły; po zwolnieniu ucisku guz napełnia się znowu wracając do pierwotnych rozmiarów. Badając od strony pochwy dwoma palcami i podstawiwszy końce tychże pod dolny odcinek guza, w miarę tętnienia, ma się uczucie, jakby się końce palców od siebie oddalały. W obec tych objawów rozpoznałem co do narządu płciowego: „*lateropositio uteri dextra, aneurisma arteriae uterinae sinistrae*“. Czy w danym przypadku mieliśmy do czynienia z czystym tętniakiem, czy też z guzem powikłanym, rozstrzygnąć trudno, to tylko wrażenie wynieść się musiało, że część środkowa guza utworzoną jest przez jamę, w któréj żadnych przegród nie ma. Po brzegach zaś, tj. od strony macicy i od kości biodrowéj, znachodziły się części guza zbitsze, które mogły pochodzić jużto od zgrubienia ścian samych rozszerzonego naczynia: złogów wapiennych, pofałdowania; jużteż były częściami należącemi do utkania macicznego; jużteż wreszcie tworzyły sploty naczyń z tętniakiem komunikujących, albo nawet co najmniéj prawdopodobne, aby tworzyły utkanie nowotworowe.

Na posiedzeniu zjazdowem sekcyi ginekologicznéj kilkunastu kolegów badało chorą i wszyscy zgodzili się na rozpoznanie. Co do leczenia: Dr. Bylicki radził zabiegu operacyjnego, a względnie galwanopunktury. Dr. Kohn zabiegu operacyjnego od strony pochwy, aby módz wywrzeć ucisk założonemi kleszczykami Richelota od strony macicy. Dr. Mars radził stosowania ucisku na guz palcami i używania tamponów, temwięcéj, że wątpił, aby się pacyjentka na jakikolwiek zabieg operacyjny zgodzić chciała. Dr. Braun uważał ucisk za niebezpieczny i radził podwiązania naczyń a szczególnie naczynia doprowadzającego. Dr. Święcicki był za uciskiem i to za pomocą cążków Kohtsa. Prof. Tyrchowski sądził, że operacyja nie jest wskazaną, albowiem chora prawdopodobnie nie zajdzie w ciąże mając obecnie lat 44, a powiększenie guza może tylko zabieg operacyjny ułatwić.

Po zjeździe powróciła pacyjentka do Krynicy i pozostała nadal pod moją opieką. Poleciłem jéj picie wody karlsbadzkiéj, odpowiednią dyjetę, a nadto środki uspakajające ustrój nerwowy. Gdy zaś, jak przypuszczałem, pacyjentka na zabieg operacyjny na razie zgodzić się nie chciała, postanowiłem miejscowo wywierać ucisk na guz opisany i zakładać tampony dość zbite z waty w lewe sklepienie. Ucisk dwuręczny wykonywałem w sposób następujący: pacyjentkę układałem na posłaniu z podniesionemi krzyżami, dwa palce prawéj ręki, wskazujący i środni, wprowadzałem do pochwy pod największą wypukłość guza od dołu, lewą zaś ręką ułożoną nad pachwiną wywierałem końcami czterech palców ucisk od góry i od tyłu i tym sposobem działając, starałem się zgnieść guz ile tylko mogłem jak najwięcéj. Ucisk zrazu łagodny stopniowałem coraz więcéj w miarę jak czułem, że guz się wypróżnia; tak uciśnięty trzymałem tak długo między rękoma, jak długo byłem w możności, t. j. aż do chwili, gdy w palcach czucie tracić poczynałem. Podczas zabiegu pacyjentka była zawsze dość niespokojną, żaliła się bardzo na ból w powłokach brzusznych i na utrudnione oddechanie tak, że o wywieraniu ucisku przez czas dłuższy na jednem posiedzeniu trudno było myśleć, jak to radzą autorzy czynić w obec tętniaków zewnętrznie przystępnie położonych.

Nadmienić mi wypada, że zrazu wprowadzałem do pochwy tylko jeden palec, przekonałem się jednak, że przy silnym ucisku daje się koniec palca wcisnąć w guz i że ucisk nie działa na cały guz tylko na jeden punkt jego; bojąc się zatem, aby niejednostajnie wywarty ucisk nie sprowadził nadwerężenia guza (na co zwrócił uwagę podczas Zjazdu kol. Braun), wprowadzałem później dwa palce, któremi bardzo dobrze guz w całości ucisnąć było można. Wykonywanie ucisku było znacznie utrudnione niepodatnością powłok brzusznych i znacznym pokładem podściółki tłuszczowéj, musiano zatem używać dużo siły, aby skuteczny ucisk wywrzeć; skutkiem tego powstawały po każdorazowym zabiegu sińce nad pachwiną lewą i tkliwość skóry, które niedozwalały zrazu częściéj niż co dwa dni ucisku wywierać. Po każdorazowym ucisku zakładałem tampon do pochwy podsuwając go w sklepienie lewe.

W czasie od 20/7—14/8 wykonałem ucisk 12 razy, wśród czego zauważyłem widoczne zmniejszanie się guza.

Od 15/8—21/8 chora miesiączkowała. Od 22/8—9/9 wykonałem ucisk 17 razy czyniąc ten zabieg codziennie (dwa dni tylko były wypuszczone). 23/8 badał chorą prof. Dr. Madurowicz, który ją badał także podczas zjazdu w Krakowie i stwiedził, że guz stał się miększym i znacznie mniejszym, i zachęcił mnie do dalszego stosowania ucisku.

Uciskając guz codziennie, zauważyłem, że z każdym dniem mogłem go coraz więcéj wypróżnić tak, że ściany jego górna z dolną ze sobą się stykać dawały.

Do dnia 25/8 czułem podczas ucisku tylko tętnienie, od tego zaś dnia począłem nadto mieć pod palcami uczucie tarcia, podobne do opłucnowego.

Dnia 31/8 dał się guz tak ucisnąć, że przez pewien czas zupełnie tętnienia nie czułem, co też i podczas następnych dni mi się udawało.

D. 9/9 musiała chora powracać do domu i niemogła pozostać dłużéj w leczeniu. W tym czasie guz przedstawiał się jako zmniejszony bardzo znacznie może do $^1/_5$ pierwotnych rozmiarów, przybrał kształt grubego postronka tuż nad sklepieniem pochwowem przebiegającego, zwężającego się w kierunku ku ścianie miednicy a rozszerzającego się nieznacznie ku macicy. Nadto podczas badania wyraźnie można było czuć części zbitsze po obu końcach opisanego postronka bez wywierania nań ucisku, co pierwotnie tylko podczas wypróżnienia guza czuć się dawało. Co do objawów podmiotowych podaje pacyjentka, że się ma lepiej, że jéj uczucie pukania w brzuchu nie dokucza.

Przypadek ten zwraca uwagę przedewszystkiem swą rzadkością i okoliczność ta musi skłonić do przypuszczenia, że powstanie tętniaka na tętnicy macicznéj w niniejszym przypadku wywołać musiały wyjątkowe i przypadkowe okoliczności. W wywiadach znachodzimy okoliczność, któraby powstanie tętniaka tłómaczyć mogła: przed laty 15 stawiano pacyjentce kilkakrotnie pijawki na części pochwowéj, otóż możebnem jest, że jedna z pijawek uczepiła się w sklepieniu pochwowem i jeżeli tętnica maciczna przebiegała tuż nad sklepieniem, mogła takową skaleczyć, poczem opisana zmiana powstać mogła, szczególniéj jeżeli naczynia tętnicze do tego zwyrodnienia były usposobione.

Zmniejszenie się guza tak znaczne po ucisku przemawia stanowczo za tem, że w niniejszym przypadku mamy do czynienia z czystym tętniakiem prawdziwym tętnicy macicznéj.

II. Kokaina w leczeniu ospy.

Podał

Dr. E. Lachowicz,

sekundaryjusz oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pomiędzy nagminnie panującemi chorobami jakkolwiek ospa w obecnych czasach do coraz rzadszych plag ludzkości należy, a to dzięki częścią rozpowszechniającemu się przekonaniu o skuteczności ochronnego szczepienia, częścią przymusowemu jak w armii rozporządzeniu co do rewakcynacyi, to jednak daty statystyczne mnogą jeszcze liczbę jużto epidemicznie, jużto sporadycznie występujących przypadków przedstawiają. Że głównie nieszczepieni na zakażenie jadem ospowym są narażeni, nie potrzeba dziś już dowodzić, jakkolwiek wiadomem jest powszechnie także, że i ochronne szczepienie na pewien tylko przeciąg czasu, który przeważna część lekarzy mniéj lub więcéj na 7 lat oznacza, chroni od zakażenia. Wiadomo także, że przebieg ospy u szczepionych, czy to krowianką czy ospą humanizowaną, jest znacznie łagodniejszy, że krosty ospowe nie ropieją zazwyczaj tak długo i nie pozostawiają tak znacznego oszpecenia, które przeważnie na skórze twarzy przez cały przeciąg życia pozostaje, co szczególnie dla kobiet wcale nie jest pożądanem.

Zadanie lekarza mającego przed sobą chorego na ospę jest podwójne, a to w pierwszym rzędzie czuwać nad tem, aby podtrzymując siły chorego nie dopuścić do osłabienia i porażenia serca, wskutek czego najczęściéj śmierć w téj chorobie, jak w każdéj innéj ostréj zakaźnéj, następuje, a następnie, aby nie dopuścić do ropienia głębokiego i długotrwałego krost ospowych a temsamem uwolnić chorego od znacznego oszpecenia w przyszłości. Jednemu i drugiemu zadaniu starano się od dawna zadość uczynić. Co do pierwszego, to najlepszym i najskuteczniejszym środkiem do podtrzymania sił żywotnych serca jest i będzie alkohol, podobnie jak i inne środki pobudzające, jak kofeina, kamfora. Drugiemu zadaniu starano się zadość uczynić przez środki powstrzymujące ropienie i przyspieszające wessanie, a tu stosowano pędzlowanie nalewką jodową samą lub z gliceryną, jak to francuscy lekarze zalecali, albo przez napuszczenie skóry całego ciała tłuszczem w różnéj postaci, bądźto obojętnym, bądźto z dodatkiem środka odrażającego, jak kwasu karbolowego, borowego, albo nawet z dodatkiem małych ilości rtęci w postaci maści szaréj. — I rzeczywiście nietylko chorzy doznają przez nacieranie skóry tłuszczem znacznéj ulgi, głównie przez zwolnienie napięcia skóry, ale ropienie czasem zmniejsza się, zapalenie dokoła pęcherzyków nie szerzy się, mimo tego zesechanie pęcherzyków odbywa się bardzo powoli, a strupy tworzące się długi czas, bo i kilka tygodni, nie ustępują ze skóry, pozostawiając po odpadnięciu przedewszystkiem na twarzy większe lub mniejsze oszpecające ślady przebytéj ospy.

Przed trzema laty polecił francuski lekarz z Reims Dr. Luton stosowanie wewnętrzne w ospie kokainy. Autor podając kokainę wewnętrznie spostrzegał, że okres ropienia krost ospowych daleko był krótszy, że ropienie nie przybierało nigdy wielkich rozmiarów, a pęcherzyki wypełnione cieczą ropną nader szybko zasechały zamieniając się w strupki, które szybko od skóry się oddzielały, chorzy w ogóle dobrze ospę przebywali, cały czas przebiegu choroby o wiele był krótszym, a co także bardzo ważne, nie widział w przypadkach przez siebie obserwowanych późniejszego oszpecenia na twarzy.

Mając podówczas na oddziale chorób wewnętrznych prof. Pareńskiego kilka zaledwie przypadków ospy prawdziwéj, stosowaliśmy wraz z kolegą Drem Sokołowskim polecony przez Lutona środek, a jakkolwiek wynik po stosowaniu kokainy był bardzo zadowalający, to za mała ilość była obserwowanych przypadków, aby można było coś więcéj stanowczego orzec. W ostatnich czasach mając znowu w oddziale nowoutworzonym chorób zakaźnych kilka przypadków prawdziwéj ospy, postanowiłem robić dalsze z kokainą doświadczenia a wyniki tychże ośmielam się podać do wiadomości Kolegom, aby ich zachęcić do czynienia dalszych w tym kierunku spostrzeżeń.

Stosowanie kokainy zaleca Dr. Luton w ten sposób, że chory dorosły wyżywa przez dobę dawkę 0·25 grm. kokainy na 125 grm. wody, biorąc z tego co godzina łyżeczkę, Zestawiwszy przebieg ospy w kilkunastu przypadkach leczonych w ostatnich latach w szpitalu św. Łazarza, przyszedłem do przekonania, że u chorych, u których stosowano w początku choroby, zazwyczaj przez przeciąg dni ośmiu, kokainę wewnętrznie, krosty ospowe występowały na skórze całego ciała, większe, pełne, dochodzące wielkości przekrojonego na pół grochu, krosty te nigdy prawie nie rozlewały się i nie wywoływały ropienia skóry, lecz że się tak wyrażę więdły, nie pękały bowiem, lecz przyskórek się marszczył, ropa powoli wessaną zostawała i po największéj części w miejsce krosty pozostawał uschnięty przyskórek, który potem się złuszczył. Na twarzy, gdzie krosty zwykle najgęściéj się usadawiają, krosty zwykle pękały, lecz ropienia nigdy nie było, tylko szybkie zasychanie, poczem przyskórek przyschnięty łatwo całemi płatami z twarzy schodził nie pozostawiając nigdy zagłębień twarz szpecących.

Nadto nadmienić mi wypada, że czas ogólny trwania choroby bezwątpienia znacznie się skracał, co jest nie małéj doniosłości tak ze względu na samego chorego, jak na bezpieczeństwo przed zakażeniem innych osób, choćby tylko bezpośrednio z chorym się stykających.

Jakiéj własności kokainy działanie to przypisać należy, trudno orzec. Dr. Luton przypisuje ten zbawienny skutek własności desinfekcyjnéj kokainy, prawdopodobniéj jednak, sądzę, przypisać należałoby własności zwiększania pobudliwości układu naczyniowego, przez co szybsza przemiana materyi następuje tak w całym organizmie jak i w skórze.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Dyskusyja nad leczeniem raka.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy wiedeńskich, odbytem dnia 13 b. m. prof. Adamkiewicz przedstawił chorego, u którego z powodu raka skóry na powiekach i nosie stosował swój środek od 25 sierpnia do 12 października b. r. U chorego tego nowotwór, który przedtem przedstawiał „czerwone ropiejące owrzodzenie“, począł w 5-tym

dniu leczenia pokrywać się od brzegów skórą, a od dnia 12 z. m., w którym to dniu zabliźnienie było zupełne, do chwili przedstawienia chorego nie zaszła żadna zmiana w wejrzeniu. Nawięzując do tego przypadku prof. A. podał uwagi nad swoim środkiem do leczenia raka, które jednak nie zawierały wyjaśnienia ani o składzie środka, ani o sposobie aplikowania tegoż. Tyle tylko z tych uwag wynikało, że środek ten ochrzczono mianem „*Cancroin*“, że sprawia on reakcyję w rakach, która jakkolwiek jest bardzo nieznaczna, może wśród okoliczności sprzyjających dopomagać do wyników leczniczych.

W dyskusyi zabrał głos Billroth i twierdził, że przypadek przedstawiony jestto typowy obraz płaskiego raka skóry, zabliźniającego się w środku. Takie centralne zabliźnienie się rakowców jest rzeczą bardzo częstą i występuje dobrowolnie, bez użycia jakichkolwiek środków. Wyleczenie téj najlżejszéj postaci raka, który rzadko nawet prowadzi do obrzęku gruczołów, a nigdy do przerzutów, można z łatwością osiągnąć za pomocą wycięcia, wyskrobania, przyżegania itd. Czy w danym przypadku leczenie metodą prof. A. jakikolwiek wpływ wywarło na zabliźnienie, trudno orzec. O specyficznem działaniu na tkankę rakową można mówić tylko wtedy, gdy guzki i nacieki na około miejsca zabliźnionego usunięte zostały, a że w danym przypadku tego nie ma, zatem o wyleczeniu mowy tu być nie może. Że częściowe zabliźnienie owrzodzenia rakowego dla chorego jest ulgą i uważane być może jako polepszenie, nie ulega wątpliwości; skoro jednak w przypadkach, które, jak przedstawiony, kilkakrotnie były leczone, zabliźnienie takie dobrowolnie następuje, przeto nie może on być dowodem skuteczności metody Adamkiewicza. Niedokładne pojmowanie zmian chorobowych przez prof. A. przypisuje mowca téj okoliczności, że tenże nie miał dość sposobności podobne przypadki dłuższy czas obserwować. W dalszym ciągu Billroth zbija stanowczo uwagi prof. A. „o stagnacyi, w jakiéj znajdujemy się w obec leczenia raka“. Wyrażenie to dowodzi, jak wykazuje mowca, że prof. A. nie zwrócił wcale uwagi na ogromną literaturę wszystkich czasów w tym przedmiocie.

Kaposi w głównych zarysach potwierdza to, co poprzedni mowca podnosił, mianowicie, że zmiany na twarzy pacyjenta przedstawiają obraz rakowca, rozszerzającego się ku obwodowi tak charakterystyczny, że mógłby śmiało służyć do demonstracyi śród wykładu klinicznego. Chory przedstawiony znajdował się w leczeniu Kaposiego od 6—8 lat i to rok rocznie po 1—2 miesięcy, zawsze jednak z powodu swych zajęć oddalał się, nie doczekawszy się końca leczenia. Na podstawie swych spostrzeżeń może K. śmiało twierdzić, że zabliźnienie nie jest dziełem ostatniéj metody leczniczéj. Co się tyczy guzków rakowcowych obwodowych, to są one jeszcze teraz tak charakterystyczne, że na pierwszy rzut oka rozpoznać można raka przybłonkowego. Wprawdzie guzki te więcéj są rozpadłe i strupkami krwawemi pokryte niż przed 2 miesiącami, takie drobne zmiany należą jednak do klinicznego przebiegu *Epithelioma serpens*. Jeżeli jednakże zmiany te wywołane zostały pod wpływem środka Adamkiewicza, to ważnem jest wiedzieć, jakie jest środka tego działanie podczas leczenia, jaka jest reakcyja itd. Wszystko to omieszkał prof. A. wskazać, a obraz kliniczny przypadka przedstawionego zmusza do orzeczenia, że pod względem leczniczym rak od dwóch miesięcy nie uległ żadnéj zmianie.

W odpowiedzi prof. Adamkiewicz stara się udowodnić, że zmiany korzystne, jakie w cierpieniu u przedstawionego chorego wystąpiły, jedynie działaniu specyficznego środka przypisać należy. Środek jego oddziaływa obojętnie, a zatem nie może działać żrąco, a że wstrzykuje się go pod skórę i ztąd wywołuje reakcyję w raku odległym od miejsca injekcyi i sprowadza nekrozę raka, przeto jestto środek specyficzny dla tego nowotworu. Zresztą środek ten ma także sprowadzać zanik gruczołów rakowato zajętych. W każdym razie, — twierdzi prof. A., — jego przypadek ilustruje dosadnie reakcyję, wywołaną w nowotworze przez środek wstrzykiwany i dążność do wyleczenia.

Zabiera głos Dr. Frank, asystent kliniki Alberta, w której to klinice prof. Adamkiewicz doświadczenia swe przeprowadzał, i podaje spostrzeżenia swe poczynione na dwóch przez A. leczonych chorych. Są to dwa *epitheliomata*, jeden na nosie, drugi na wardze dolnéj. Wstrzykiwania wykonywano w obu przypadkach pod skórę na szyi i pod szczęką, a wywołały one pomimo, że środek, jak prof. A. twierdzi, nie jest drażniącym zazwyczaj, bolesną infiltracyję w miejscu injekcyi; naciek ten tłómaczy sobie mowca w przypuszczeniu, że środek nie jest drażniącym, zakażeniem, sprowadzonem przez infekcyję z powodu wadliwéj aseptyki. Na nowotworach samych nie mógł mowca nigdy dostrzedz zmian, któreby można uważać jako reakcyję, jakkolwiek przypadki te badał bardzo dokładnie. Zmiany zjawiające się na strupach uważa jako następstwo mechanicznego insultu, wywołanego częstą palpacyją. Przybloniak sam i nacieki tegoż nie okazywały śladu jakiejkolwiek zmiany. Okoliczność, że prof. A. nie uprzedził przełożonego kliniki o tem, że ma zamiar omawiać swą metodę, tłomaczy, dla czego prof. Albert nie był obecny na posiedzeniu.

W końcu przemówił Dittel, opisując dokładnie swoje wrażenia z dwukrotnego badania przypadka leczonego przez prof. A. w klinice Alberta. Wrażenie, jakie przypadek ten pomimo dłuższego leczenia czynił na nim, było tego rodzaju, że chirurg fachowy musi na pierwszy rzut oka rozpoznać istniejące jeszcze *carcinoma*. D. spodziewa się, że prof. A. nie będzie miał za złe, że jego metodę poddano krytyce, jest bowiem obowiązkiem każdego fachowca bezstronnie sąd swój wydać, gdyż uznanie ze strony Towarzystwa byłoby niejako potwierdzeniem prawdziwości wyników podanych. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1891, Nr. 47).

Prof. Klebs w Zurychu: **o składzie tuberkuliny**.

Ogłoszenie ostatnie Kocha obniżyło znacznie nadzieję, że tuberkulina oczyszczona z szkodliwych składników może stać się prawdziwym środkiem leczniczym przeciw gruźlicy. Z tego powodu, chcąc niejako zgnębienie wywołane zatrzeć Klebs pospieszył z ogłoszeniem artykułu w Nrze 45 *Deut. mediz. Wschft.*, jakkolwiek posiada już większą pracę w téj materyi gotową do druku. Klebs chce na podstawie wyników z własnych doświadczeń „bronić tuberkuliny przeciw jéj wynalazcy“. Autor twierdzi, że mu się udało na ostatnim kongresie internistów wykazać, że tuberkulina u zwierząt dotkniętych gruźlicą usuwa w zupełności zmiany gruźlicze, i że przykre objawy uboczne występujące u ludzi pochodzą od działania istot znachodzących się w tuberkulinie surowéj, istot, które z działaniem leczniczem tuberkuliny nie mają nic wspólnego i mogą bez szkody dla skuteczności środka być usunięte, w przeciwieństwie do twierdzenia Kocha, który przyznaje czystéj tuberkulinie zupełnie te same własności ujemne, jakie posiada tub. surowa. Przyczyną téj sprzeczności w zapatrywaniach jest odmienność dróg, które badacze dla doświadczeń swych obrali. Podczas gdy Koch dla kontrolowania skuteczności istot otrzymanych z surowéj tuberkuliny posługiwał się dawkami śmiertelnemi, Klebs zwracał jedynie uwagę na wyniki lecznicze. Pierwszy uważa substancyję wtedy za tuberkulinę, gdy zabija w pewnéj dawce zwierzę po upływie 30 godzin, względnie sprowadza u człowieka ciężką reakcyję początkową, dla Klebsa zaś występowanie tych ciężkich objawów było znakiem, że szkodliwe istoty nie zostały jeszcze dostatecznie usunięte, lub jeśli się to nie uda, że te szkodliwie i leczniczo działające istoty są nierozdzielnie ze sobą połączone lub nawet identyczne. Koch zadowolił się takim ostatecznym rezultatem, Klebsowi to jednak nie wystarcza, gdyż postęp leczniczy pod wpływem tuberkuliny u zwierząt, które mniéj okazują tych ubocznych objawów niż człowiek, jest dla niego za nadto wyraźny. Autor uważa szkodliwe substancyje tuberkuliny, które nieprzyjemne objawy wywołują, za zasady organiczne (alkaloidy); tuberkulina bowiem daje typowe reakcyje z $PtCl_4$, HgCl i tzw. odczynnikami na alkaloidy (jodek potasu, rtęci lub bizmutu, kwas fosforowolframowy, molybdenowy itd.).

Po strąceniu tuberkuliny za pomocą bezwodnego wyskoku oddzielał Klebs z otrzymanego osadu za pomocą chloroformu i benzolu alkaloidy tak dalece, że tylko słabe reakcyje na alkaloidy jeszcze istniały. Pod działaniem takiéj tuberkuliny (*tuberculinum depuratum*) obserwował Klebs u zwierząt ustępowanie gruźlicy szczepionéj, znikanie zmian gruźliczych i prątków, *restitutio ad integrum*. Fakt ten pozwala zdaniem autora spodziewać się uleczności gruźlicy w przeciwstawieniu do wyników Kocha. Albowiem jest rzeczą pewną, że jeżeli rzeczywiście według zdania Kocha jego tuberkulina nie zabija prątków, to nie można się po niéj spodziewać skutków leczniczych. Z drugiéj strony jest nekroza tkanki gruźliczéj niezbyt pomyślnym objawem, gdyż każdy rozpad pociąga za sobą powiększenie się ilości prątków, jak to już Kl. udowodnił poprzednio.

Druga i lepsza, niż poprzednio opisana, metoda otrzymania czystéj tuberkuliny polega na strącaniu alkaloidów. Właściwa istota działająca, któréj z powodu jéj własności zabójczych dla prątków Klebs nadaje nazwę „*Tuberkulocidinum*“, łatwo daje się z osadów za pomocą wody wyciągnąć. Istota ta jest zupełnie nieszkodliwą, nie wywołuje gorączki i sprowadza po krótkim czasie używania znaczne polepszenie w stanie zdrowia gruźliczych: gorączka hektyczna i poty nocne znikają, apetyt i ciężar ciała się wzmaga, objawy nieżytowe płuc ustępują bardzo szybko. Prątki gruźlicze w plwocinach stają się ziarniste, barwiące się cząstki coraz mniejsze, wreszcie zupełnie znikają.

U trzydziestu kilku chorych gruźliczych w ten sposób leczonych nie wystąpiły dotąd żadne następstwa niekorzystne. Ostateczne rezultaty i wnioski są naturalnie rzeczą dłuższéj obserwacyi. *Dr. A. Beck.*

Terapija.

Pental, nowe analgeticum.

Prof. Mering w Halli z wodnika amylenu posiadającego własności nasenne, utworzył lek nowy, który pentalem (trimethyloethylen) nazwał. Przetwór ten posiada własności znieczulające. Płynny, łatwolotny jest zapalny jak eter, manipulacyja więc nim przy świetle z ostrożnością odbywać się winna. Narkozę w ten sam sposób się uskutecznia jak z chloroformem, t. j. za pomocą kroplenia na maskę. Występuje już po 3 minutach, jednakowoż nie jest ani głęboką ani długą. Zaletą jéj jest brak wszelkich nieprzyjemnych objawów ubocznych i następowych, t. j. nie sprowadza bólu głowy, wymiotów, nie działa na oddech i serce i nie sprowadza okresu podrażnienia. Weber podnosi następujące jego przymioty. 1) przyjemny zapach, 2) brak okresu podrażnienia, 3) brak wymiotów. Prof. Holländer stosował go przy ekstrakcyi zębów i podaje następujące wyniki: Narkoza występuje po 2 minutach przy użyciu 5—7 gramów. U niektórych znosi percepcyję nerwową bez utraty świadomości, u innych świadomość ustępuje miejsca stanowi jakby hypnotycznemu. Na rozkaz zanarkotyzowani wykonywają wszelkie ruchy. Po narkozie czują się zupełnie zdrowi. Zaleca też H. pental przy małych operacyjach chirurgicznych i dentystycznych. (*Wr. m. Bt.* Nr. 44, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

R e d a r d (Genewa): Znieczulenie miejscowe za pomocą chlorku etylu.

Już od dwu lat robiąc doświadczenia nad chlorkiem etylu autor przychodzi do przekonania, że takowy nader się nadaje i działa nadzwyczaj dobrze jako środek miejscowo znieczulający. Używał on go nietylko przy małych i krótko trwających operacyjach, ale zarazem tam, gdzie chodzi o usunięcie uporczywych nerwobolów. Przytoczone historyje chorób istotnie to potwierdzają. W początkach stycznia b. r. zgłosił się chory z nerwobólem międzyżebrowym, trwającym od 6 tygodni, z którego żadnym z polecanych mu przez lekarzy środków wyleczyć się nie mógł. Po rozpyleniu 10 gr. chl. etyl. ból ustąpił i podczas czterotygodniowéj obserwacyi więcéj nie powrócił. Odżywienie chorego znacznie się poprawiło, bezsenność usuniętą została.

R. używał swego środka w przypadkach *panaritium* i powierzchownych ropni, zawsze z równie dobrym skutkiem. U jednego ze swoich chorych wykonał w znieczuleniu chlorkiem etylu nawet dłuższą operacyję, nacięcie w kilku miejscach flegmony przedramienia, przyczem podwiązać mu wypadło dwie znaczniéj broczące tętniczki, co także rękoczyn nieco przewlekło.

Spostrzeżenia swoje uważa autor jeszcze za zbyt niedokładne i niegruntowne, aby módz szczegółowo opisywać sposób w jaki chlorek etylu stosowanym być winien. Ogłasza więc dotychczasowe wyniki swoje w formie krótkiego doniesienia, zastrzegając sobie na przyszłość głos w téj sprawie. (*Revue odontologique*, septembre 1891.)

Prof. H o l l a e n d e r (Halla): Pental ($C_5 H_{10}$) jako środek znieczulający.

Przy wszystkich prawie dotąd środkach, jakie zastosowano w celu zniesienia bólu przy operacyjach, niejako kamieniem probierczym było wyjęcie zęba. Jeżeli bowiem przy téj tak nagłéj i nader bolesnéj akcyi chory nic nie odczuje, to i przy innych rękoczynach przypuszczać należy, że ten lub ów środek dobrze działać będzie. Tę próbę przechodziły kolejno prawie wszystkie dotychczas znane przetwory, posiadające własność zupełnego pozbawienia przytomności, jak chloroform, eter, bromek etylu, gaz rozweselający i inne. Podobnie po raz pierwszy zastosowanym został a m y l e n, odkryty przez C a h o u r s a, a jako *anaestheticum* zastosowany w r. 1856 przez S n o w a we wszystkich krótkotrwałych operacyjach. Bliżéj opisali go T o u r d e s i R o b e r t; pierwszy robiąc doświadczenia na zwierzętach, drugi stosując go u ludzi, przyszli do przekonania, że działa on podobnie jak chloroform, z tą jednak różnicą, że odczuwanie bólu jest w zupełności zniesione, a przytomność choć w małéj części się zachowuje. Badania te, jak i późniejsze P f e f f e r m a n n a, który utrzymuje, że 10090 narkoz przetworem tym wykonał z bardzo dobrym rezultatem, są nader pobieżne, gdy zupełnie pomijają kwestyję własności przetworu i sposobu jego otrzymywania.

Dawniéj używane preparaty amylenu otrzymywano z alkoholu amylowego (*Fuselöl*), za pomocą środków odciągających wodę jak chlorku cynku i bezwodnika kwasu fosforowego. Drogą tą otrzymany przetwór był zanieczyszczony ubocznemi składnikami alkoholu amylowego i wydawał nader nieprzyjemną woń, do zgniłéj kapusty podobną. Obecnie prof. Mering podał sposób otrzymania czystego amylenu pod nazwą pentalu, który fabrykuje firma C. A. K a h l b a u m a w Berlinie z wodnika amylowego przez ogrzewanie z kwasami. Jest to płyn bezbarwny o nizkim ciężarze gatunkowym, którego 16 kub. ctm. waży 10·0. Zapala się łatwo jasnym płomieniem. Nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszcza się w wyskoku i eterze. Jest nadzwyczaj lotnym, bezwarunkowo więcéj lotnym niż chloroform a nawet eter. Wdychany nie drażni ani błony śluzowéj jamy ust, ani przewodów oddechowych. Autor wykonał dotąd 200 narkoz na ludziach i podaje następujące spostrzeżenia, jakie wśród takowych uczynił. Stosować amylen można za pomocą zwykłéj maski do wdechania, jednak wiele się przytem przetworu niszczy, dla tego używa przyrządu Junkera przez siebie zmienionego, którego jednak bliżéj nie opisuje. Do jednéj narkozy potrzeba 10—12 sz. ctm. płynu, a narkoza następuje w 40—45 sekund, gdy przy użyciu zwykłéj maski wychodzi 30—35 kub. ctm., a narkoza następuje dopiero w czasie od 50—90 sekund. Chorzy winni się przed rozpoczęciem wygodnie z ciasnych ubrań dla lepszego oddechania porozpinać, w pokoju nie powinno być ani za wiele hałasu ani za wiele światła, gdyż wszystko to uśpienie opóźnia. U osób spokojnych, które równo głęboko oddychają, chwila utraty odczuwania bólu daleko szybciéj nastaje, niż u nerwowych i wrażliwych. Chorzy podczas uśpienia mają zazwyczaj oczy otwarte, źrenice nieco rozszerzone, nawet w głębokiéj narkozie rogówki częstokroć oddziaływają. Przytomność poniekąd bywa zachowaną, często na rozkaz otwierają sami usta, po obudzeniu nic o tem nie wiedząc. Skurczów m. żwaczy ani żadnych innych mięśni jak po bromku etylu autor nie zauważył. W przeciwstawie-

niu do tego środka narkozę można według woli przedłużać, co jednak przy wyrywaniu zębów jest niemożliwe, gdy podczas raźnego rękoczynu maska musi być dla przystępu operującego naturalnie odsuniętą. Wymiotów, mdłości, bolu głowy nigdy chorzy nie doznawali. Poprzedniego podniecenia przed zaśnięciem prawie nie ma, a jeżeli czasami się pojawi, to nader spokojne, krótkotrwałe i przyjemne, tak, że możnaby pental ochrzcić mianem „e t e r u r o z w e s e l a j ą c e g o“. Zaburzeń ani co do akcyj serca ani co do oddechania nigdy nie spostrzeżono. W ogóle środek ten poleca Hollaender jako najlepiéj działający, opierając się na 200 własnych przypadkach, które tak dobrze przebiegały. (*Journal für Zahnheilkunde.* Berlin 1 listopada 1891, Nr. 18).

Dr. W. Łepkowski.

Choroby weneryczne i skórne.

R o s i ń s k i : **Rzeżączkowe zapalenie błony śluzowéj jamy ustnéj u noworodków.**

Aczkolwiek błona śluzowa jamy ustnéj jest dla zmysłów dostępna, i aczkolwiek obserwacyja zmian na téj błonie nie napotyka na trudności, to jednak zdaniem autora panuje zamęt w patologii błony śluzowéj ust, zwłaszcza u dzieci. Przyczyną tego zdaje się być to, że przeważnie rozpoznaje się u dzieci soor albo afty i tą nazwą określa często zmiany, mające całkiem inne znaczenie. Opisując zapalenie rzeżączkowe jamy ustnéj, nie stwarza autor nowego pojęcia, zmianę tę bowiem już kilkakrotnie u osób starszych opisano. Niestety nie dostarczono w żadnym z opisanych przypadków niezbitego dowodu, że to była rzeżączka; przeważnie były to następstwa spółkowania *per os.* Ta geneza, oraz we wszystkich przypadkach jednakowy i charakterystyczny przebieg pozwalają pomimo braku jedynego pewnego dowodu, t. j. badania bakteryjologicznego, twierdzić, że w przypadkach opisanych była rzeczywiście rzeżączka. Zmiany téj u noworodków dotąd nie opisano.

Po tym krótkim wstępie przystępuje Rosiński do opisania pięciu przez siebie obserwowanych przypadków i cytuje ich nader szczegółowe historyje, z których przytaczamy to co najważniejsze. E. L. rodziła pięć razy; jest ona niewątpliwie dotknięta rzeżączką. 15 stycznia urodziła na ulicy, poczem wraz z dzieckiem i popłodem przyszła do kliniki. Tu zalapisowano dziecku oczy 2% rozcz. *arg. nitr.* Czwartego dnia zauważono u dziecka zapalenie spojówki rzeżączkowe na oku lewem. Ósmego dnia pojawił się na błonie śluzowéj ust jakiś biały nalot, jakiego autor przedtem nigdy u noworodków nie widział. Nalot ten zajmował jako wąski, biało-żółtawy, ściśle od otoczenia odgraniczony, nieco nad poziom błony śluzowéj wystający pasek, oba wyrostki zębodołowe. Podobny nalot zajmuje okolice t. zw. plam lub aft Bednara i grzbiet języka. Zmiany zajmują mniéj lub więcéj $^1/_3$ powierzchni języka, nie dochodzą do brzegów języka ani do jego nasady. W niektórych miejscach nalot ma odcień barwy żółtawéj i z tych miejsc daje się zetrzeć masa ropiasta, po starciu któréj widać plamę białą. Z miejsc białych nie daje się nic zetrzeć. Objawów ostrego zapalenia nie ma; brak przekrwienia, obrzęku i bolesności tak, że noworodek chętnie czepia się piersi. Zmiany wyżéj opisane powiększyły się nieco następnego dnia, ale już po czterodniowem trwaniu zaczęły ustępować. Najdłużéj, bo prawie miesiąc, utrzymywały się zmiany na języku.

Podczas obserwacyi wycięto kawałek błony śluzowéj języka do badania mikroskopowego. W masie ropiastéj, która się dała zetrzeć z miejsc dotkniętych chorobą, znaleziono mnóstwo komórek przybłonkowych i ciałek ropnych, a w wielu dużo gonokoków. Nadto spotykano gonokoki wolno leżące w wydzielinie obok wielu innych nie mających znaczenia mikrobów.

W pozostałych czterech przypadkach zmiany anatomiczne i przebieg choroby mało co różniły się od zmian i przebiegu w pierwszym przypadku. We wszystkich, i to jest uderzające, choroba lokalizowała się: na obu wyrostkach zębodołowych, na plamach Bednara, na grzbiecie języka i czasem w linii środkowéj podniebienia twardego; we wszystkich przypadkach choroba przebiegała bardzo łagodnie, bez objawów ostrego zapalenia, nawet bez upośledzenia funkcyi ssania, w wydzielinie w końcu wszystkich przypadków znaleziono gonokoki.

Ciekawe te i niezwykle spostrzeżenia wymagają ściśléj naukowéj kontroli, a przedewszystkiem odpowiedzi na dwa pytania: 1) czy koki znajdowane w wydzielinie były niewątpliwie gonokokami? 2) w razie potwierdzenia 1 go pytania, czy zmiany anatomiczne zawisły od gonokoków, czyli, czy gonokoki wywołują zapalenie błony śluzowéj ust. Pierwsze pytanie może autor z całą pewnością potwierdzić; diplokoki bowiem, o które chodzi, przebyły wszelkie próby, n. p. barwienie Roux-Grama i wysiewanie na kultury i z prób tych okazało się, że diplokoki te są napewne gonokokami. Na drugie pytanie odpowiedzieć trudniéj. Nie ulega wątpliwości, a to wykazały wprost szczepienia, że gonokokus wywołuje t. zw. rzeżączkę. Dokładniejsze badania Bumma, który studyjował zachowanie się gonokoków w tkankach, w których wywołały zapalenie, pouczają, że rzeżączka jest procesem rozgrywającym się tylko w powierzchownych pokładach błony śluzowéj. Gonokoki, które przez przybłonek utorowały sobie drogę w głąb, zatrzymują się w połowie drogi i nie wywołują nigdy głębszych zmian dekstrukcyjnych. Gerheim nawet twierdzi, że wszelkie zmiany głębsze towarzyszące rzeżączce i nazwane powszechnie rzeżączkowemi, n. p. gościec stawowy, zapalenie tkanki około macicznéj, zapalenie śródsierdzia, zapalenie gruczołu Bartholiniego i t. d., są następstwami zakażenia mikrobami, którym gonokoki tylko utorowały drogę.

Zapalenie błony śluzowéj ust obserwowane przez autora okazywało wszelkie cechy procesu rozgrywającego się w powierzchownych warstwach, ba nawet w samym przybłonku. Cała sprawa kończyła się widocznie regeneracyją przybłonka, a potem nie było nigdzie śladu blizny.

Że sprawa zapalna toczyła się powierzchownie, i że gonokoki nie znajdowały się w wydzielinie przypadkowo jako zanieczyszczenie, dowodzą skrawki mikroskopowe błony śluzowéj wyciętéj z miejsc chorobą dotkniętych. W preparatach tych wykazał autor gonokoki, które wypełniają przestwory między wielowarstwowym przybłonkiem ust i dążą ku błonie śluzowéj. Nigdzie nie ma gonokoków w komórkach przybłonkowych, zgadza się to ze spostrzeżeniami innych autorów, którzy twierdzą, że gonokoki w tkance nie znajdują się prawie nigdy w komórkach, zaś zazwyczaj w wydzielinie. W tkance łącznéj pod przybłonkiem nie znalazł Rosiński pomimo skrzętnego poszukiwania gonokoków, co również zgadza się z naszemi pojęciami o gonokokach i przemawia za tem, że cały ten proces jest zapaleniem rzeżączkowem.

Badania te dowodzą nadto, że rzeżączka może się toczyć na błonie śluzowéj pokrytéj przybłonkiem płaskim, czemu do ostatnich czasów przeczono. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że błony śluzowe pokryte przybłonkiem walcowatym są nierównie częściéj siedzibą rzeżączki, faktem jest jednak z drugiéj strony, że w wyjątkowych przypadkach i przybłonek płaski nie chroni od zakażenia. Zależy to, zdaniem autora, nie od kształtu przybłonka, tylko od jego żywotności i odporności. Przybłonek spojówki osoby dorosłéj snać odporniejszy chroni spojówkę znacznie lepiéj od zakażenia, niż takiż sam przybłonek u noworodka, a zapalenie tryprowe błony śluzowéj pochwy wydarza się prawie wyłącznie u dzieci, podczas gdy *vaginitis* osób dorosłych należy zdaniem Neissera do wyjątków. Aczkolwiek rzeżączka jamy ustnéj nie jest jeszcze dobrze znana, to przecież już obecnie można powiedzieć, że trafia się ona częściéj u noworodków niż u dorosłych. Jest ta błona śluzowa ust widać odporna w obec jadu tryprowego, skoro *stomatitis blenorrhoica* nie opisano u prostytutek, których usta stykają się tak często podczas *coitus per os* bezpośrednio z jadem. Przyczyną téj odporności jest niewątpliwie wielowarstwowy przybłonek płaski.

U dzieci, u których jak mówiliśmy ten przybłonek jest mniéj odporny, uderza nas to, że proces ten mający gdzieindziéj (w cewce moczowéj, na spojówce) nieprzepartą ten-

dencyję do szerzenia się, ogranicza się tutaj i to zawsze do pewnych miejsc predylekcyjnych. Miejsca te są: przednie dwie trzecie części języka (bez brzegu języka, który pozostaje wolnym), plamy Bednara i okolica *hamulus pterygoideus*, szczyt wyrostka zębodołowego szczęki górnéj i dolnéj. W trzech przypadkach widziano plamę w linii środkowéj podniebienia twardego, raz we fałdzie między wargą dolną a dziąsłami.

Dlaczego miejsca te a nie inne są siedzibą choroby? Otóż badanie błony śluzowéj jamy ust noworodków wykazuje, że w miejscach tych albo już *a priori* pokład przybłonkowy jest cieńszy, albo też przez właściwe ruchy języka podczas ssania najłatwiéj ulega starciu i uszkodzeniu. Z tego wynika, że przybłonek płaski jamy ustnéj noworodków aczkolwiek z natury delikatny, jest wystarczającą zaporą przed gonokokami, i że dopiero potrzeba pewnych momentów, które tę odporność osłabiają. Ale i wtenczas muszą gonokoki walczyć z wielkiemi przeszkodami i nie są w stanie wywołać cięższego ani dłużéj trwającego zapalenia. Ztąd pochodzi, że autor pozostawiał leczenie naturze, która nigdy nie zawodziła i przez regeneracyję dotkniętego chorobą przybłonka doprowadzała do zupełnego wyleczenia. (*Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynaek.* XXII. 1 i 2, 1891).

Dr. Al. Rosner.

Choroby skórne i kiłowe.

Unna (Hamburg): **Grzyb *Favus*.**

Ponieważ mamy kilka odmian grzybków *Favus*, więc i tyleż będzie obrazów klinicznych grzybkiem tym wywołanych. Unna rozróżnia 3 rodzaje tego grzybka i 3 też opisuje zmiany. Odmiany te zaszczepił na zwierzętach i ludziach i z nich pierwszy zaszczepiony na ramieniu sprowadził obraz *Favus herpeticus*, którego kultury na mysz przeniesione to samo wejrzenie miały, ale dopiero po 3 do 4 tygodniach, tak, iż *Dermatitis traumatica* wykluczyć było można. Trzeci gatunek zaszczepiony na przedudzie sprowadził miejscowe zapalenie i obrzmienie, poczem zaczęły się tworzyć żółte strupy. Różnica między 1 a 2 gatunkiem jest następująca: Pierwszy gatunek jest szaro-żółtéj barwy, rośnie i rozmnaża się powoli, drugi jest barwy jasno-żółtéj jak siarka, rośnie szybko na podstawie zapalnéj i połączony jest z bólem. Drugi gatunek aczkolwiek z człowieka zdjęty nie dał się na człowieka znów przeszczepić. Podobny jest z zachowania się swego do grzybka Quinkego, przeszczepia się go z łatwością na zwierzęta prócz szczurów, kotów i kur. Nitki jego osadzone są prostopadle do komórek przyskórka, na podstawie których się rozradzają. (*Ber. über d. V. d deutsch. Naturforscher in Halle* 1891).

Ehrmann (Wiedeń): **Zapalenie obwodowych nerwów rdzeniowych w kile wczesnéj.**

Wśród przebiegu kiły wczesnéj często przychodzi do neuralgii, hyperestezyi i parestezyi, jakoteż porażeń obwodowych nerwów. Tutaj też zaliczyć należy *analgesia et ischias syphilitica* Fourniera. W schorzeniach nerwów mózgowych trudniéj już orzec, czy mamy do czynienia z cierpieniem ogniskowem, czy obwodowem. Ilość ogłoszonych przypadków jest nadzwyczaj szczupłą (Schultz, Rumpf, Ehrmann), a na podstawie 2 obserwowanych przypadków podaje Ehrmann następujące objawy, w celu rozpoznawania neuralgii obwodowéj kiłowéj: 1) bolesność przy ucisku w przebiegu nerwu i obrzmienie takowego. 2) Częściowy zanik mięśni przez nerw odpowiedni zaopatrywanych, bez porażenia ich. 3) Zniesiona reakcyja na prąd galwaniczny, lecz nie na faradyczny. 4) Przeczulica odpowiednich gałązek czuciowych, a następnie dopiero zniesienie czucia. 5) Objawy współcierpienia odpowiedniego *plexus*. 6) Odruchy utrzymane.

Pod względem rozróżnienia to przeciw *poliomyelitis* przemawiają:

1. Objawy ze strony czuciowych i ruchowych pni, podczas gdy *poliomyelitis* tylko sprowadza porażenie ruchowe, a następnie utrzymana władza wszystkich mięśni, jedynie tylko ich siła zmniejszona.

2. Ścisłe ograniczenie objawów chorobowych tylko w granicy pewnych nerwów, podczas gdy *poliomyelitis* ma charakter cierpienia rozlanego. Jeżeli przychodzi do samowolnego oddawania kału, to nie ze względów porażennych lecz wskutek anestezyi błony śluzowéj odbytnicy i osłabienia mięśni ździergaczy. Przeciwko zajęciu opon przemawia brak objawu Brown-Séquarda. W ogóle *neuritis* nerwów rdzeniowych na podstawie kiłowéj nie jest niczem innem, jak tylko zadrażnieniem nerwów przez *contagium*, jak to we wszystkich innych chorobach zakaźnych się przydarza. (*Wr. med. Bl.*, 1891, Nr. 40.)

Dr. Mendelsburg.

Położnictwo.

Cholmogorow: **Dwa przypadki „*Missed abortion*“.**

I. Pani S. l. 20 miesiączkowała regularnie od 14 roku życia. Rodziła dwa razy; porody i połogi prawidłowe. W 6 tygodni po ostatnim porodzie miała prawidłową regularność, a w krótce potem wystąpiły objawy, które pozwoliły choréj domyślać się, że jest w ciąży: piersi zaczęły się powiększać, nudność i wymioty zaczęły się od czasu do czasu, zwłaszcza rano naczczo, pojawiać.

Kiedy się kończył 4 ty miesiąc téj domyślnéj ciąży, pojawiły się bez jakiejś wyrazistéj przyczyny krwawo zabarwione odchody, które trwały dwa tygodnie, nie będąc nigdy zbyt obfite. Nie towarzyszyły im bóle. Z chwilą wystąpienia krwawych upławów ustały nudności i wymioty, piersi zmniejszyły się. To trwało cztery miesiące. W tym czasie badał pacyjentkę autor i wykazał stan macicy odpowiadający czteru miesiącom ciąży. I znowu minęło kilka miesięcy. Stan zmienił się tylko o tyle, że macica nieco się zmniejszyła, a rozpulchnienie tak bardzo cechujące ciążę prawie ustąpiło. W jedenaście miesięcy po zastąpieniu a w 7 miesięcy po obumarciu płodu nastąpiło w końcu poronienie. Jaje wyszło *in toto*. Zawierało ono mało płynu; płód blady zmumifikowany miał 15 ctm. długości, pępowina 20 ctm. Łożysko suche, cienkie. Pacyjentka odbyła prawidłowy połóg.

II. Drugi przypadek odnosi się do pacyjentki, która od lat dwóch zamężna, rodziła raz nie na czasie, bo w 8-ym miesiącu ciąży, dziecko żywe. Regularność tak przed porodem, jak i potem prawidłowa. Ostatnia miesiączka koło 10-go września 1889 r. W październiku zaczęły się nudności i wymioty tak uporczywe, że myślano już sztucznie wypróżnić macicę, ażeby uchronić pacyjentkę od śmierci z wyniszczenia; na szczęście wymioty ustały same przez się w końcu listopada 1889 r. Badanie wykonane w pierwszéj połowie listopada wykazało wszystkie objawy ciąży dwumiesięcznéj. W połowie grudnia zauważyła chora krwawe odchody, które po kilku dniach ustąpiły. Od téj chwili jednak piersi przestały się powiększać i zmiękły, a macica stała się nieco twardszą. W pierwszych dniach marca pojawił się krwotok znaczniejszy i urodziło się jaje długości 11 ctm. W jamie jaja nie znaleziono już płodu. Połóg był prawidłowy.

W pierwszym przypadku płód obumarł w 4 miesiącu ciąży, poczem bez szkody dla matki pozostał jeszcze 7 miesięcy w macicy. Od zastąpienia więc aż do poronienia ubiegło 11 mies. W drugim przypadku trwała ciąża mniéj lub więcéj 3 mies., a po śmierci pozostawał płód jeszcze 2 mies. w jamie macicy. Oba te przypadki, a zwłaszcza pierwszy, należą do rzadkości. Że tak jest, dowodzą zacytowane przez autora zdania poważnych położników. Między innymi pisze Schröder o „*missed abortion*“ co następuje: „Kilkotygodniowe zatrzymanie martwego płodu jest rzeczą całkiem zwyczajną. Retencyja kilkumiesięczna należy już do wielkich rzadkości, a jeszcze rzadziéj się zdarza, żeby płód pozostał w macicy poza normalny okres ciąży“. W podobny sposób wyrażają się i inni autorowie podręczników. (*Zeitschr. f. Geburtsheilk. und Gynaek.*, XXII, 2, 1891). *Dr. Al. Rosner.*

Choroby nerwowe.

Moebius: O *Akinesia algera*.

Akinesia algera jest to cierpienie objawiające się w postaci niedomogi ruchów wskutek bez powodu występujących bólów. Zapadają na nią zazwyczaj dziedzicznie obciążeni, po nadmiernéj pracy umysłowéj w połączeniu z przypadami neurastenicznemi i hysterycznemi. Pierwszy przypadek tyczył się 33-letniego profesora gimnazyjalnego, którego ojciec

cierpiał paranoję. W roku 1887 zjawiły się najpierw bóle głowy z bezsennością, a za nią niechęć do pracy. Przy ruchach następnie wystąpiła ociężałość członków z bolami mięśniowemi. Bóle były największe w przedramieniach i zmusiły chorego do spokojnego leżenia całemi godzinami. Głowa była od cierpienia całkiem wolną. Odruchy rzepkowe były obustronnie zwiększone, przeczulica przedramion i rąk. Bromek potasu jakoteż sugestyja bez skutku i dopiero po kilkomiesięcznym spokoju cierpienie częściowo ustąpiło.

Cierpienie to obserwował M. także u 42-letniéj nauczycielki muzyki, która w młodości swéj zapadała na drgawki. Bóle głowy, bezsenność i niechęć do pracy także były pierwszemi objawami. U niéj bóle w kończynach dolnych były silniejsze niż w górnych, a chodzenie było zupełnie niemożliwe. Po 10 letniem trwaniu bóle chwilowo ustąpiły, lecz wskutek irytacyi napowrót się pojawiły w połączeniu z ogólną przeczulicą. Ostatecznie manija prześladowcza zakończyła szereg powikłań. Moebius uważa cierpienie to za funkcyjonalne do obłąkania prowadzące. Bóle są natury histerycznéj, aczkolwiek saméj choroby nie można za histeryję uważać, lecz raczéj do działu ogólnych anestezyj policzyć, które Krukenberg i Ziemssen opisują. (*Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde*, I).

Prof. Eichhorst (Zurych): **Spostrzeżenia nad odruchem ścięgnistym rzepki** w *tabes dorsalis*.

Jest rzeczą przez Westphala udowodnioną, że jednym z najwcześniejszych objawów, uwiąd rdzenia zapowiadających, jest brak odruchu ścięgnistego rzepki. (*Patellarreflex*). Na przypadkach klinicznie i anatomicznie ściśle badanych Westphal wykazał, że odruch ten wtedy znika, jeżeli zajęte są chorobowo sznury tylne w miejscu przejścia części piersiowych w części lędźwiowe, a które nazwał okręgami wejściowemi (*Wurzeleintrittszonen*). W okręgach tych znajdują się pewne zewnętrzne części sznurów tylnych do tylnych rogów rdzenia przylegające, przez które włókna korzeni tylnych przechodzą. Dla krótkości nazywa E. okolicę tę okolicą Westphala. Zdarza się jednakowoż, że mimo objawów wiądu odruch rzepkowy jest utrzymany, a zdarza się to wtedy, jeżeli zmiana chorobowa nie poczyna się od dołu lecz od góry, tj. w części szyjnéj rdzenia. Nie dochodzi ona wtedy do okolicy Westphala, a zatem odruchu nie znosi. Jestto tak nazwana *Tabes cervicalis* Remaka. Weir-Mitchell opisał przypadek, w którym objawy tabetyczne rozpoczęły się w kończynach górnych. Odruch ścięgnisty nie tylko że nie był zniesiony, ale nawet zwiększony. Martius badał anatomicznie rdzeń pacierzowy chorego na *tabes cervicalis* i znalazł okolicę Westphala niezmienioną. E. obserwował w klinice swojéj kobietę, u któréj, mimo iż przedstawiała objawy *tabes cervicalis*, odruchu ścięgnistego nie było. Chora umarła nagle na insult apoplektyczny, a nekroskopija wykazała zwyrodnienie tylko części szyjnych i piersiowych rdzenia. Okolica Westphala była wolną od zmian. Niespodziankę tę wytłomaczyło dopiero badanie nerwów nożnych (*nn. crurales*), które przedstawiały obraz *neuritis parenchymatosa*. Słusznie więc twierdził Leyden mimo opozycyi Oppenheima, iż brak odruchu ścięgnistego rzepki może czasem polegać li tylko na zmianach w samychże nerwach. (*Wiener. med. Wschrft*, Nr. 44, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

Immerwahr: **Błękit metylenu jako środek przeciw nerwobólowi.**

Na podstawie prac Ehrlicha błękit metylenu zaliczono do środków ból kojących. Spostrzeżenia tego autora i Leppmanna dowiodły, że działa on skutecznie w sprawach łączących się z zapaleniem nerwów, w gośćcowych cierpieniach mięśni, stawów i ścięgien a przytem, co w zastosowaniu jest bardzo korzystne, nawet w dużych dawkach i przez dłuższy czas podawany nie pociąga za sobą ubocznych nieprzyjemnych objawów.

Wyniki powyższe kontrolował Immerwahr w poliklinice prof. Briegera i podaje ze spostrzeżeń swych następujące rezultaty: Błękit metylenu czysty (*Methylenblau medicinale*) w rzeczywistości nie sprowadza ubocznych objawów nieprzyjemnych, prócz parcia na mocz miernego stopnia i to przy dłuższy czas trwającem podawaniu. Należy tylko zwrócić uwagę chorych na to, że mocz przybiera barwę niebieską. Co do działania błękitu metylenu, to I. w 6 przypadkach rwy (*ischias*) nie widział żadnego skutku. Natomiast w 2 przypadkach nerwobólu n. troistego ustąpiło cierpienie po podaniu 10 kapsułek po 0·1 błękitu metyl. i to trwale. Podobnie udało się autorowi migrenę spastyczną za pomocą błękitu metylenu po 1—2 godzin usunąć i to przynajmniej na przeciąg kilku tygodni. W rozlicznych przypadkach bólu głowy czysto nerwowego, w depresyi alkoholowéj (*vulgo Katzenjammer*) wystarczała dawka 0·1 błękitu metylenu, aby usunąć cierpienie w ciągu godziny w zupełności. Bóle mięśniowe w jednym przypadku gośćca mięśniowego znikły po 24 godzinnem leczeniu za pomocą bł. metylenu. W końcu zauważył I. zbawienny skutek tego środka w dwóch przypadkach *herpes zoster*. Bóle zazwyczaj w tem cierpieniu tak gwałtowne ustąpiły po 6 dniach leczenia, poczem pęcherzyki prędko zaschły.

Zastosowanie błękitu metyl. ogranicza się tylko do bólu na tle czysto nerwowem, a w obec bólów z innych przyczyn n. p. wrzodu żołądka, raka i t. d. jest bezskuteczny. (*Deut. med. Wschr.* 1891, Nr. 41). *Dr. Beck.*

Medycyna sądowa.

Seydel: **O nabytéj niedodmie płuc noworodków i jéj przyczynach.**

S. dokonał obdukcyi zwłok noworodka, który według zeznań wiarygodnych świadków oddychał i żył przez 4 godziny po urodzeniu, potem nagle zmarł, a przy oględzinach pośmiertnych płuca jako dotknięte całkowitą niedodmą tonęły. Przypadek ten skłonił go do studyjów i doświadczeń, co właściwie jest istotną przyczyną ustąpienia powietrza z płuc noworodków, które oddychały. Dotąd wiadomem jest, iż przypadki takie, aczkolwiek nader rzadko ale się zdarzają, a przyczyną ustąpienia powietrza z płuc noworodka jest bardzo znaczna elastyczność płuc jego, niedostateczne wypełnienie tychże powietrzem zapasowem, słaba odporność i podatność klatki piersiowéj; głównym atoli powodem ustąpienia powietrza z płuc noworodka jest, jak wiemy z badań Ungara, chłonienie powietrza z pęcherzyków płucnych przez krew krążącą jeszcze mimo ustania oddychania. Chłonienie to jest tem możliwszem, ile że jak Kölliker wykazał, światło naczyń włosowatych płucnych u noworodka jest szersze od światła wstawek oskrzelowych. Zdaniem S. muszą tu działać jeszcze inne czynniki pomocnicze, aby powietrze z płuc w całości na zewnątrz wydalić. Temi czynnikami są: zwiększone parcie śródbrzuszne, n. p. przez wysięki w jamie brzusznéj, jelita gazami rozdęte, lub zwiększone parcie w worku opłucnowym, wtedy bowiem krążenie żylne jest utrudnione, serce prawe jest krwią przepełnione, czyli wtedy istnieje przekrwienie bierne. Wyższy stopień tego przekrwienia prowadzi do wysięków lub wybroczyn w mózgu, zwłaszcza w okolicy ośrodków oddechowych i ztąd wskutek ucisku mózgowego być może, iż oddechy cierpią i powietrze łatwiéj ujść może. Zapatrywanie to podała pierwsza panna Lehmus z drezdeńskiéj porodnicy. Autor chcąc rzecz tę wyjaśnić, wykonał doświadczenia na zwierzętach w 4—5 dni po urodzeniu tychże i na zwierzętach na krótki czas przed urodzeniem dobytych cięciem cesarskiem z łona matki. Wstrzykiwał on wodę lub wpędzał powietrze do jamy brzusznéj tym zwierzętom, innym równocześnie obrażał czaszkę zgniataniem. Na téj drodze doszedł do wyników: że w drodze mechanicznéj nie można usunąć całéj zawartości powietrza z płuc zwierząt, które już dni kilka żyły; u zwierząt zaś sztucznie przedwcześnie urodzonych następuje w krótkim czasie (3—10 godzin) zupełne rozwinięcie się płuc, a wówczas na tejże drodze również nie daje się usunąć powietrze z płuc. Przyczyną znikania powietrza z płuc takich jest obok absorbcyi powietrza przez krew krążącą po ustaniu oddechania, pewne mechaniczne utrudnienie oddechania. — Wpływ inerwacyi oddechowéj polega na wadliwem rozwoju toru oddechowego. (*Vierteljschr. f. ger. Med.*, 1891, II Bd. I zeszyt.) *Dr. Wachholz.*

IV. Kilka słów o szkole dentystycznéj berlińskiéj

podał
Dr. W. Łepkowski,
b. asystent kliniki chirurg. Uniw. Jagiell.

Dziś już i dentystyka zaczyna się dobijać należnego sobie uznania, a wartości jéj nie zaprzeczają ci, którzy umieją cenić znaczenie zdrowych zębów w gospodarstwie naszego ustroju. Nie dość jest, żeby lekarz udający się na praktykę umiał tylko zęby wyrywać, ważniejsza aby je umiał zachować, dając w czas odpowiednią poradę. Nie myślę wcale, aby każdy z lekarzy szczegółowo miał umieć całą sztukę utrzymywania zębów, jak plombowanie, wprawianie i t. d.; to jest już rzeczą specyjalisty, ale owe najgłówniejsze wstępne rękoczyny, jak umiejętne leczenie zapalenia miąższu śródzębowego żadnemu lekarzowi nie powinny być obce i wiedzieć przynajmniéj musi, który ząb jeszcze uratować można, a nie zbyt pochopnie brać się do wyrywania.

Potrzeby te uznał Uniwersytet berliński za słuszne i przed 8-miu laty założono instytut, dziś najsławniejszy w Europie, w którym czerpią wiedzę nie tylko Niemcy, ale wielka liczba cudzoziemców, z różnych stron świata rok rocznie przybywających. Dziś zaopatruje Berlin niemal całą Europę w dentystów, wydając ich rok rocznie około 70.

Chcąc dać poznać, jak wygląda ta szkoła, jakie posiada zalety i bijące w oczy wady, pozwolę sobie w krótkości podać jej opis, dodając nieco praktycznych wskazówek dla Polaków, wybierających się na naukę dentystyki do Berlina.

Przy ulicy Doroty l. 40, na bardzo niepozornéj, wciśniętéj w ulicę, dwupiętrowéj kamienicy znajdujemy napis: *„Institut der Zahnheilkunde“*. Szkoła ta tu na tem miejscu istnieje, jak już wspomniałem, od lat 8, a trzy lata temu została powiększoną i dziś zajmuje dół i dwa piętra. Ponieważ rozmieszczone są podług tych pięter i działy sztuki dentystycznéj, przeto przejdźmy z dołu do góry dom cały, ażeby wyrobić sobie o nim dokładne pojęcie. Dom ten nie był budowany na instytut, ale jest to przerobiona tylko na powyższy cel prywatna kamienica.

Na dole pod przewodnictwem prof. W a r n e k r o s a rozmieszcza się techniczne laboratoryjum. W dwu dość obszernych pokojach od ulicy znajdujemy kilka stołków operacyjnych dentystycznych, gdzie chorym zdejmują uczniowie pod nadzorem profesorów i asystentów odciski szczękowe tak za pomocą gipsu, jak i odpowiedniéj masy żywiczéj (S t e n t). Tu także widzimy kilka miejsc dla pracujących, którzy się we właściwem laboratoryjum nie pomieścili. Sama pracownia, przedzielona od wspomnianych pokoi małą poczekalnią dla chorych, z biedą pomieści może około 60 pracujących. Od godziny 9 rano do 6 wieczorem, z jednogodzinną przerwą w południe, pracownia stoi otworem. Prof. W a r n e k r o s naprzemian ze swoimi pomocnikami asystentem p. S p r e n g l e m i demonstratorem p. B e i e r l e i e m radą i pomocą są na każde zawołanie uczniów. O ile możności, jak szczupłe stosunkowo miejsce wystarcza, są do rozporządzenia wszelkie aparaty najnowszego systemu, tak do robót z metalu, jak i kauczuku. Przez 4—6 miesięcy może każdy nie tylko na modelu, ale zdejmując odcisk wprost z chorego, bo materyjału tu nie braknie, robić najrozmaitszego rodzaju płyty. Prócz tego nauczyć się można sposobów robienia protez do zastąpienia szczęk całych, tak dolnych jak i górnych, daléj obturatorów w przypadkach jam po *lues* lub *phaux lupina* i zakładania sączków metalowych, w celu leczenia zajętéj zapalnie jamy Highmora.

Trudno byłoby opisywać każdy z osobna przyrząd i sposób jego użytku, tu gdzie chodzi o opis całego Zakładu. Mogę tylko nadmienić, że aparaty te są w dostatecznéj liczbie i w jak najlepszym stanie. Aby uczniowie lepiéj wyćwiczyć się mogli we wstępnych, a nader potrzebnych robotach, jak w spajaniu metalów i w snycerstwie, uczą swéj sztuki najlepszy berliński złotnik i snycerz w kości słoniowéj, wprawiając w ten sposób dłoń do trzymania dłuta rytowniczego i pilnika, jako też do umiejętnego używania tychże narzędzi. W głównéj pracowni znajduje się ciągła wystawa przedmiotów firmy A s h - S o n s, mającéj filije w L o n d y n i e, L i v e r p o o l u, M a n c h e s t e r z e, P a r y ż u, B e r l i n i e, W i e d n i u, H a m b u r g u, K o p e n h a d z e, P e t e r s b u r g u i N o w y m Y o r k u. Jest to może jedna z najsławniejszych, jeżeli nie najsławniejsza firma przyrządów i narządzi dentystycznych. Firma ta urządziła w Europie nie jeden zakład dentystyczny i wyrabia najtrwalsze i najlepsze narzędzia. Nakładem firmy A s h-S o n s wychodzi w Berlinie *Correspondenz-Blatt für Zahnärzte*, które to pismo darmo wszystkim uczącym się przysyłane zostaje. Zastępca wspomnianéj firmy przez cały dzień siedzi w pracowni i dostarcza potrzebnych przyrządów i materyjałów.

Między godziną 11 a 1 prof. Dr. B u s c h uczy na pierwszem piętrze sztuki wyrywania zębów. Przypatrzmy się teraz, jak to wygląda i jeżeli na dole prawie wszystko nienagannie się przedstawia, to tu sprawa ma się odmiennie i o niéj w kilku słowach chciałbym pomówić.

Prof. Dr. M i l l e r z berlińskiéj szkoły dentystycznéj rozpisał do wszystkich klinik chirurgicznych i zakładów dentystycznych listy z zapytaniem, czy i jakie infekcyje nie zachodziły przy wyrywaniu zębów? Praca, jaką podjął berliński profesor, jakkolwiek czysto statystyczna, jednak wydaje się być bardzo ważną ze względu na przestrzeganie aseptyki jamy ust przy operacyjach, co zresztą może być chyba jedynie niedoścignionym ideałem — trudno bowiem jest istotnie do tego stopnia oczyścić jamę ust, jak możliwem jest oczyszczenie innego pola operacyjnego, gdzie nie ma tak wielu fałdów, bruzd i zagłębień. Czego przecież w zupełności oczyścić nie można, o to przynajmniéj starać się potrzeba, a w ten sposób uniknie się nader nieprzyjemnych w praktyce dentystycznéj przypadków. Rok rocznie prof. Dr. R y d y g i e r, oddając kleszcze zębowe w ręce swoich uczniów, przestrzega ścisłego odwietrzania narzędzi, nawet do tak pozornie błahych operacyj używanych. Na dowód tego przytacza smutny przypadek, jaki się wydarzył w jednym z niemieckich uniwersytetów, gdzie profesor chirurgii, nie dobrze oczyszczonemi kleszczami Polakowi, słuchaczowi medycyny wyrywał zęba i w jakiś czas śmierć z powodu ropnicy, mającéj punkt wyjścia z rany kleszczami zadanéj, nastąpiła. Takich przypadków znalazłoby się może i więcéj, ale nikt nie rad ogłaszać własnych błędów i rzucać kamieniem potępienia na siebie, chociaż z pewnością podziałałoby to skutecznie na całe zastępy tych, co kleszcze zębowe nie odwietrzane, uważają za stósowne narzędzie do podjęcia rękoczynu. Zadaniem pracy prof. M i l l e r a jest widocznie wykazanie, o ile odwietrzenie to jest potrzebnem. W tym celu zestawia cały szereg historyj chorób, gdzie wynikły powikłania, wywołane po największéj części błędem operatora, przy wyrywaniu zęba popełnionym.

Wziąwszy księgi chorych przychodnich i stałych z ostatnich 5-ciu lat, zająłem się wyszukaniem, czy kiedy w krakowskiéj klinice chirurgicznéj nie zaszły przypadki jakiegokolwiek zakażenia po wyrwaniu zęba, aby do pożytecznéj pracy prof. M i l l e r a dodać choćby jedną cegiełkę i odpowiedzieć na jego w osobnym arkuszu drukowane pytania. Przez przeciąg ostatniego 5-lecia w klinice chirur. Uniw. Jagiell. przesunęło się niespełna 15·000 chorych ogółem, z czego było z cierpieniem jamy ust 879, a więc około 6%, wliczając w to tylko chorych z karyjetycznemi zębami, zapaleniem okostnéj szczęki dolnéj lub górnéj i kamieniem zębowym. Ekstrakcyj samych, bez żadnego innego zabiegu, wykonano 768, — 86 razy dodano do ekstrakcyj przecięcie ropnia, wyskrobanie lub wydalenie obumarłych części szczęki. U 24 pacyjentów nie znalazłem notatki, jaki zabieg został wykonany, a może nie poddali się żadnemu i dla tego właśnie nie ma o nim wzmianki. Księgi ambulatoryjne, chociaż są na tyle ściśle prowadzone, że zapisanoby z pewnością, czy nie zaszedł jakikolwiek przypadek następowego zakażenia, na szczęście tego nie podają. Z przyjemnością przyszło mi stwierdzić, że nie posiada klinika chirurg. ani jednéj historyi choroby do pracy prof. M i l l e r a. Zawdzięczać to jedynie należy ciągłemu przestrzeganiu antyseptyki tam, gdzie

aseptyczne wykonanie operacyi jest absolutnie niemożliwem. Postępowanie, jakie zaleca prof. Rydygier przy wyrywaniu zębów w klinice chirurgicznéj, jest następujące: chory winien kilkakrotnie wypłukać usta 3% rozczynem kw. borowego lub salicylowego; kleszcze odwietrzają się jak każde narzędzie do operacyi jamy ustnéj używane, tj. przez sterylizowanie parą, wodą gorącą, lub wreszcie 5% kw. karbolowym. W tym ostatnim razie opłukuje się narzędzie w ciepłym 3% rozczynie kwasu borowego, aby uniknąć nieprzyjemnego zimna metalu i smaku karbolu. Tak przygotowane narzędzie nie dało i nie da z pewnością prof. Millerowi materyjału do jego pracy, a księgi chorych w klinice chirurgicznéj Uniw. Jagiell. wykazały to dosadnie.

Przypatrzmy się teraz, jak postępują tu w Berlinie, w jednéj z najsławniejszych szkół dentystycznych Europy. Pierwsze piętro, jak nadmieniłem, poświęcone jest na salę operacyjną i poczekalnie dla chorych; w dwóch dość dużych pokojach odbywa się wyrywanie zębów, któréj to operacyi przewodniczy prof. Dr. Busch, zarazem dyrektor całego Zakładu. Pierwszy pokój jest przeznaczony dla zwykłych śmiertelników, którzy nie chcą, lub nie mają na to, aby poświęciwszy 3 marki być uśpionym gazem rozweselającym Na dębowym stoliku leżą pod wpływem atmosferycznego dość gęstego z kurzawą powietrza narzędzia, przeznaczone do operacyj, w stanie zupełnie suchym Obok nich maleńka porcelanowa miseczka, podobno z rozczynem 5% karbolu, bo w smaku uczuć téj pięcio procentowéj jego siły nie mogłem, stoi na straży antyseptyki, nazwiskiem chyba karbolu odstraszając mikroorganizmy, bo rzadko kiedy ktokolwiek o nią zawadza. Nieopodal od stolika jest zwykły obszerny fotel, z wałkiem pod głowę, na którym w liczebnym porządku siadają przybyli chorzy. Prof. Busch, umieszczony za plecami chorego, otoczony słuchaczami, kontroluje lusterkiem jamę ust, głośno oznaczając zęba, który ma być wyrwanym. Rzecz cała odbywa się nader szybko, pacyjenta chwytają za nogi, przytrzymują mu ręce, słuchacz odbiera kleszcze z rąk stojącego za stolikiem asystenta i wyrywa zęba, nie oglądając się wcale na to, jakie mu narzędzie podano. Nie rzadko zdarza się, że kleszcze wysuną się z rąk niewprawnego operatora, padną na brudny, przez poprzednich pacyjentów pokrwawiony ręcznik, (bo na taki zbytek jak kompres sterylizowany tu sobie nie pozwalają) lub znajdą się na ziemi. Nie żenuje to nikogo; nie słyszałem, żeby na takie drobnostki zwracano tu uwagę. Narzędzie po takim upadku wraca do jamy ust i robi swoje. Zdarza się także, że w tym pośpiechu, jaki tu panuje, operator nie dosłyszy, którego ma właściwie zęba wyrwać i często albo kleszcze splezną się na ząb zdrowy, albo wprost już nie kontrolowany uczeń wyrywa zęba sąsiedniego. Profesor raz powiedziawszy, nie zwykł patrzeć na rękę początkującego; od czasu do czasu tylko, gdy akt wyrywania trwa za długo, siłą, którą ma znaczną, dopomaga uczniowi. W ten sposób nader łatwo, ale ze szkodą chorego, można mieć materyjał do implantacyi, któréj, nawiasowo mówiąc, bardzo ładne wyniki tu widziałem.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 listopada. Otrzymaliśmy Kalendarz lekarski krakowski na rok 1892, na wezwanie Tow. lek. krakowskiego ułożony przez Dra Franciszka Murdzieńskiego. Z przedmowy autora wynika, że kalendarz ten po raz pierwszy ukazał się w Krakowie w r. 1868 staraniem obecnego prof. lwowskiego Dra Czyżewicza, po przerwie 11 lat wyszedł rocznik drugi staraniem ś. p. prof. Janikowskiego i doc. Dra Grabowskiego w r. 1880 i 1881, od roku zaś 1883 do 1891 włącznie wychodził we Lwowie pod redakcyją Dra Stelli-Sawickiego. Gdy jednak ostatni udał się w ciągu roku bieżącego do Tow. lek. krakowskiego donosząc, że z powodu licznych zajęć usuwa się od dalszego wydawnictwa i prosi, aby Towarzystwo lek. krak. nie dało upaść krajowemu wydawnictwu, — na wezwanie tego Towarzystwa i pod jego opieką Dr. Murdzieński podjął się prowadzić daléj rzecz rozpoczętą przez wspomnionych szan. kolegów. Wydawca wywiązał się z przyjętego na siebie obowiązku punktualnie i świetnie: nowy bowiem rocznik odpowiada pod każdym względem potrzebom lekarzy polskich, a zwłaszcza galicyjskich. Wydanie jest ozdobne i wygodne dla użytku kieszonkowego. Oprócz zwykłéj treści kalendarskiéj zawiera podręcznik terapeutyczny, na zestawienie którego złożyło się kilku poważnych kolegów, spis lekarzy praktykujących w Galicyi i liczne wskazówki dla lekarzy potrzebne. Szan. wydawca dobrze się zasłużył kolegom krajowym i nie wątpimy, że kalendarz ten, którego cena jest umiarkowaną, wyruguje kalendarze niemieckie.

* Radzca zdrowia Dr. Osowicki w Poznaniu mianowany został radzcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego prowincyi poznańskiéj.

* Prymaryjuszem szpitala powszechnego w Przemyślu mianowany został Dr. Bazyli Kiebuziński.

* W dolno austr. zakładzie dla obłąkanych we Wiedniu smutny zdarzył się przypadek. Pewien szklarz chory na umyśle z pokoju swego, który wypadało czyścić, wyprowadzony do izby innéj, gdy powrócił do swego pokoju, znalazł w nim naczynie z kw. karbolowym zgęszczonym, przez posługacza zapomniane. Chory, nałogowy pijak w mniemaniu, że to wódka, zabrał się odrazu do butelki. Posługacz przybiegł za późno, również i pomoc lekarska okazała się bezskuteczną, bo po upływie 2 godzin chory umarł. Posługacz skazany został przez sąd na 6-tygodniowe więzienie z powodu wykroczenia przeciw bezpieczeństwu życia. O słusznym tym wyroku wspominają gazety wiedeńskie bez dalszych uwag, nie czyniąc odpowiedzialnym zakładu za niedbalstwo posługacza. Czyby u nas także tak było, gdyby podobne nieszczęście zdarzyło się w jednym z naszych zakładów?

* W tygodniu 45 tym (od 8—14 listopada) było w Krakowie małżeństw 23, urodzin 74, skonów 61; z tych z gruźlicy 14, z zapalenia płuc 13, z odry 3, z nieżytu żołądka i jelit 3, z dławca, duru brzusznego po 2.

* **Nekrologija**. W Budapeszcie umarł po dłuższéj chorobie najzasłużeńszy okulista węgierski Dr. Ignacy Hirschler, członek Izby Panów, licząc lat 68. — W Wilnie zmarł Dr. Ignacy Fonberg, zasłużony b. profesor chemii w uniwersytecie i akademii wileńskiéj a późniéj w Kijowie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyję *Gaz. Lek.* Nr. 34 zawiera: Dr. Rehmana: Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy (cholelithiasis); W *Gazecie Lek.* Nr. 45: Wrześniowskiego: Izydor Kopernicki, wspomnienie pośmiertne; Rabka: Przypadek postępowego kostnienia mięśni; w *Medycynie* Nr. 45: Wyszomirskiego: Influenza w pow. Wągrowskim (c. d.); W *Zdrowiu* Nr. 73: Danielewicza: Warszawska śmiertelność w roku 1880; Polaka: Wydalenie odpadków i ścieków w Warszawie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 2 grudnia b. r. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Obaliński: Demonstracyja chorych; 2) kol. Opieński: Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych drogą moczu; 3) Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 5 Grudnia 1891. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny. 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 31 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 31, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowéj

podali

Dr. Buzdygan i prof. Dr. Gluziński.

(Odczyt miany na VI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przez prof. Dra Gluzińskiego).

W r. 1886 ogłosił Jaworski[1]) cenną bardzo pracę p. t.: „Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowéj", w któréj zwrócił uwagę na obrazy mikroskopowe, jakie widzieć można w treści z żołądka wydobytéj. W obrazach tych zwrócił on uwagę na pewne twory nieuwzględnione dotąd i tłomaczył ich powstanie i znaczenie. Tworami temi są tak zwane przez niego jąderka i ślimacznice, jak również pojawiające się w pewnych stanach chorobowych żołądka komórki przybłonka wałeczkowego, wyścielającego błonę śluzową żołądka. Dalsze swe spostrzeżenia złożył on w pracy wygłoszonéj na Zjeździe internistów w Wiesbadenie[2]), podnosząc szczególnie znaczenie tych tworów dla sokotoku żołądkowego. Mimo tych ogłoszeń rzecz cała w dalszym ciągu mało była uwzględnioną.

W dziełach traktujących nawet specyjalnie o chorobach żołądka w ostatnich czasach wydanych, jak Ewalda, Boasa, Lea i t. d., jak niemniéj w dziełach zajmujących się specyjalnie mikroskopiją kliniczną, jak Bizozzery lub Jakscha, nie znajdujemy albo żadnéj wzmianki albo też niedokładną.

Będąc naocznymi świadkami pracy Jaworskiego, w dalszym ciągu pracując sam, a w ostatnim roku mając w klinice prof. Korczyńskiego sposobność wspólnie z kol. Buzdyganem przy dokonywaniu innéj wspólnej pracy kilkaset mikroskopowych badań treści żołądkowéj wykonać, w imieniu jego i swoim chcę Panom w krótkości zdać sprawę z otrzymanych wyników[3]).

Jako rzeczy znane pomijam, że i w treści z żołądka czczego mogą zabłąkać się resztki pokarmów, jak włókna mięsne, ciałka skrobi lub domieszka podczas aspirowania powstała, n. p. komórki przybłonka płaskiego, ciałka śluzu wskutek połknięcia śliny — lecz chcę zwrócić uwagę na inne cechy, które z obrazu mikroskopowego pozwalają ocenić, czy żołądek, którego treść badamy, wydziela HCl czy nie. Obraz ten jest charakterystyczny.

Obraz treści żołądka, który trawi, który wydziela HCl, przedstawia się mniéj lub więcéj jak następuje:

W polu widzenia obok wspomnianych tworów widzimy mniej lub więcéj żółtawych jąderek poukładanych po 2, 3 lub 4 (na nie zwrócił uwagę pierwszy Jaworski), tu i ówdzie ciałko śluzu lub wypocinowe, a prócz tego komórki przybłonkowe w rozmaitym okresie niejako strawienia — jużto z jądrem i otoczką, a z protoplazmą już wyjaśniałą, jużto połowę tylko komórki, bo druga połowa już jest strawiona, jużto prawie wolne jądro komórki, a w otoczeniu przy długiem wpatrywaniu się jeszcze ślad otoczki, jużto wreszcie wolne jądra.

Obraz ten jest tak charakterystyczny, że bez badania chemicznego można powiedzieć, że treść wyciągnięta oddziaływa kwaśno i że trawi. Jaworski podnosząc znaczenie tego obrazu zwrócił główną uwagę na jąderka i rzeczywiście tym jako najczęstszym i najliczniejszym a najłatwiéj w oko wpadającym należy się pierwsze miejsce. Źródło ich powstania zgodnie z Jaworskim odnieść musimy do rozpadu ciałek wypocinowych pod wpływem HCl, jednak nie wyłącznie — widzieliśmy bowiem, jak one powstawały z rozpadu jąder komórek przybłonkowych. Ilość ich jest zmienna, w tym samym przypadku raz ich bardzo dużo raz mało tak, że z ilości ich wniosków rozpoznawczych wysnuwać nie można. Tem bardziéj to jest nie dozwolonem, że materyjał na ich wytworzenie nie musi pochodzić z sa-

[1]) Gazeta Lekarska 1886. — [2]) *Verhandlungen des Congresses für innere Medizin* 1887. — [3]) Do badania najlepiéj używać treści wydobytéj albo z żołądka czczego albo też po próbie lodowéj lub białkowéj.

mego tylko żołądka, nie z samych ciałek wypocinowych, które opuściły błonę śluzową żołądka lub z przybłonka, który od łuszczył się z téj błony, ale również z wydzieliny gdzieindziéj powstałéj a zawierającéj te składniki, która przez połknięcie do żołądka się dostała, n. p. z nosa, jamy ustnéj, dróg oddechowych i t. d. To tłomaczy nam, dlaczego w tym samym przypadku raz ich mniéj raz więcéj stwierdzamy, bo chory mógł tych wydzielin raz mniéj raz więcéj połknąć. To usprawiedliwia, dlaczego ilości jąderek nie przypisujemy większego rozpoznawczego znaczenia dla stanu błony śluzowéj żołądka. Mogłoby to mieć miejsce, gdybyśmy mieli pewność, że z miejsc powyżéj leżących do żołądka nic się nie dostało, a więc np. w przypadku zarośnięcia przełyku w części wpustowéj.

Drugim ważnym składnikiem obrazu mikroskopowego są komórki przybłonkowe. Możemy ich kilka gatunków stwierdzić: jedne przypadkowo dostały się do żołądka, drugie z samego pochodzą żołądka. Pierwsze są to komórki płaskie, jakie widzimy w wydzielinie jamy ustnéj; te pod wpływem HCl mało co się zmieniają, po długiem dopiero działaniu na nie treści żołądkowéj w termostacie przy ciepłocie 37° C. ulegają wyjaśnieniu, rozpadowi z uwolnieniem jądra kształtu owalnego. Z drugich komórki wałeczkowe, wyścielające błonę śluzową żołądka mało nas zajmować będą, spotykamy je nader rzadko bez możności przypisania im ważniejszego znaczenia. Natomiast prawie w każdéj treści znajdowaliśmy komórki jużto okrągławe, jużto wielokątne z dużem okrągłem jądrem, które wejrzeniem swojem a głównie zachowaniem wobec soku żołądkowego, zawierającego kwas solny, odpowiadały komórkom głównym *(Hauptzellen)*, wyścielającym gruczołki błony śluzowéj żołądka, t. j. komórkom wydzielającym pepsynę. Komórki te raz przedstawiają się jasne jakby pozbawione swéj treści, drugi raz ciemne gruboziarniste, jakby znów treścią wypełnione, barwiąc się w pierwszym razie gorzéj, w drugim lepiéj barwikami anilinowemi. Komórki te ulegają bardzo łatwo działaniu HCl, już w kilku minutach obraz swój zmieniają, z ciemnoziarnistych stają się jasnemi utraciwszy swą treść ziarnistą tak, że widzi się tylko jądro objęte bladą otoczką. Jądro to leży albo w środku otoczki, lub też posuwa się ku obwodowi, jakby się usuwało z komórki, aż w końcu widzimy je zupełnie wolnem.

Na jądrach tych stwierdzić możemy częste dzielenie się i rozpad takowych na kilka części, które mają zupełne podobieństwo wejrzeniem do jąderek wyżéj opisanych. To szybkie działanie HCl na nie obok wejrzenia zmusza nas do przypuszczenia, że to są komórki gruczołów trawieńcowych wydzielające pepsynę, które zawierając same pepsynę wobec HCl dlatego tak łatwo i szybko się trawią zupełnie odmiennie, jak inne komórki przybłonkowe. Znajdowaliśmy je prawie w każdym z badanych naszych przypadków bez względu na to, czy żołądek wydzielał HCl czy też nie, tylko ich obraz jest odmienny. Jeżeli treść żołądka zawiera HCl, to obraz przedstawia się tak, jak co dopiero opisany, t. j. dużo oswobodzonych jąder lub jąderek obok zmienionych komórek; jeżeli nie zawiera HCl, to widzimy w całości komórki z treścią ziarnistą zwykle ciemną, a zmienia się obraz szybko, jeżeli do treści dodamy HCl. Nadmienić musimy, że dla stwierdzenia tego całego obrazu z treści, która zawiera HCl, należy robić preparat zaraz po wyciągnięciu, a wtedy obok wolnych jąder, jąderek, nadtrawionych komórek, spotykamy jeszcze sporo całych niezmienionych komórek — czekając bowiem od $\frac{1}{2}$—1 godz. nawet przy zwykłéj pokojowej ciepłocie już nie znajdujemy niezmienionych komórek. Im więcéj treść żołądkowa zawiera HCl, tem strawienie tych komórek odbywa się szybciéj tak, że w kilku przypadkach z nadmiernem wydzielaniem HCl robiąc preparat nawet w kilka minut po wyciągnięciu treści stwierdzaliśmy tylko wolne jądra, gdzieniegdzie bladą otoczką osłonięte, nigdzie zaś komórki o pierwotnem wejrzeniu.

Opierając się na powyższym obrazie możemy wysnuć pewne wnioski tak dla fizyologii trawienia, jak i dla praktyki. Znachodzenie się stałe komórek tak w żołądku czczym jak i wśród całego ciągu trawienia w ilości rozmaitéj świadczy o tem, że w żołądku odbywa się stale niejako łuszczenie się komórek wydzielających pepsynę. Z obecności ich w treści żołądkowéj możemy wysnuć wniosek bez próby sztucznego trawienia, że żołądek wydziela pepsynę, z wejrzenia zaś komórek, z uwolnionych jąder możemy ocenić, czy żołądek badany trawi, t. j. czy obok pepsyny zawiera kwas solny.

Obraz mikroskopowy jest, jakeśmy wspomnieli, tak cechującym, że znalezienie jąderek opisanych przez Jaworskiego, jak również znalezienie opisanego przez nas zachowania się tych komórek przybłonkowych może stanąć śmiało na równi ze znanemi odczynnikami na HCl.

II. Z kliniki wewnętrznéj prof. Fr. Riegla w Giessen.

O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka.

Podał

Edmund Biernacki.

Przed kilku laty starał się Sticker[1]) dowieść w ciekawym artykule, że ślina posiada w ustroju znaczenie dla wytwarzania sprawnego soku żołądkowego tak, że brak działalności lub wydzielania śliny sprowadza zmniejszenie lub zupełny brak wydzieliny żołądkowéj. Innemi słowy — brak śliny nietylko upośledza amylolizę, ale także zmniejsza lub znosi proteolizę w żołądku. Myśl tę nasunął Stickerowi pewien niejasny przypadek zupełnego braku śliny śród silnych gastrycznych objawów, ze słabą kwasotą treści żołądkowéj i nader słabą peptonizacyją: po użyciu naparu Jaborandi, a ztąd po usunięciu suchości i braku śliny w jamie ustnéj znikły dolegliwości żołądkowe, kwasota treści żołądkowej i zawartość w niéj pepsyny znacznie się podniosły i chora we dwa tygodnie wyzdrowiała. Objaśniając sobie, że w tym przypadku upośledzenie trawienia żołądkowego należało odnieść li tylko do braku śliny w ustroju, Sticker przerobił szereg doświadczeń na jednym chorym z nadmierną kwasotą soku żołądkowego, a przytem ze zmniejszonem wydzielaniem pepsyny. Rezultat wypadł bardzo pomyślnie: gdy owemu choremu wprowadzano przez sondę do żołądka śniadanie próbne (posiekane białko kurze z krochmalem) i zabroniono łykać ślinę, to po dwóch godzinach wydobywano znacznie więcéj treści żołądkowéj z niższą kwasotą i znacznie niższą siłą peptyczną, niż w razie, gdy chory sam

[1]) *Wechselbeziehungen zwischen Speichel u. Magensaft Volkmanns Sammlung klin. Vorträge.* Nr. 297, 1887.

spożywał białko z krochmalem i połykał przytem dużo śliny. W pierwszym przypadku treść żołądkowa barwiła się jodem silnie niebiesko, w drugim nie, — a natomiast wykazywała obecność cukru. A więc krochmal w próbnem śniadaniu służył dla kontroli, o ile trawienie żołądkowe rozwijało się ze współudziałem śliny lub bez niéj. Lecz że nie przemiana krochmalu na cukier ma znaczenie dla żołądka, dowodziły obserwacyje tylko z białkiem bez krochmalu: wtedy równie przy pogryzieniu śniadania i połykaniu śliny trawienie żołądkowe szło dzielniéj, niż przy braku śliny w żołądku.

Pierwsza obserwacyja Stickera dowodzi niewiele, bo nastój Jaborandy mógł sam przez się sprowadzić u choréj obfite wydzielanie soku żołądkowego i polepszyć przez to trawienie[1]). Lecz drugie doświadczenie autora jest niewątpliwie godne zastanowienia i bliższéj uwagi: dlatego z chęcią przyjąłem propozycyję szan. prof. F. Riegla, aby stwierdzić tezę Stickera, a w razie rezultatu dodatniego rozszerzyć ją i opracować odpowiednio. Dzięki uprzejmości samego dyrektora kliniki, a również jego asystentów pryw. docenta Dra Honigmanna, Drów Kuhna, Herzoga, Oswalda i Freesa, rozporządzałem potrzebnym materyjałem klinicznym i miałem możność przerobienia szeregu obserwacyj, których rezultat w niniejszym artykule podaję.

Doświadczenia robiłem na sobie samym, dwóch zdrowych posługaczach klinicznych i kilkunastu chorych z cierpieniami żołądka, a także i innemi. Jako próbne śniadanie zachowałem sposób Stickera, nieco zmodyfikowany, używałem bowiem: białka kurzego surowego w ilości 20 do 60 ctm. sz. i 250 ctm. sz. gotowanego czystego krochmalu, którego ilość nie przenosiła 4—8 grm.; w innych znowu obserwacyjach zamiast krochmalu stosowałem cukier w tejże ilości, a jeszcze w innych tylko białko surowe z 250 ctm.³ wody; nareszcie w 4 doświadczeniach dawałem mleko po 250 ctm.³, gotowane lub surowe. Szczególnie krochmalowo-białkowa próba była nie bardzo użyteczną: płynny jej stan pozwalał wypompować całą zawartość żołądka, co stwierdzałem zawsze prawie powtórnem zakładaniem sondy i przemywaniem żołądka: prawie we wszystkich przypadkach woda od przemycia była zupełnie czystą. Do wypompowania zaś nie używałem wcale przyrządów aspiracyjnych. Porównywając ilości treści żołądkowéj, wydobyte po użyciu metody krochmalowo-białkowéj, przekonałem się, że można za pomocą niej sądzić dokładnie o sile ruchowéj żołądka. U zdrowych ludzi po $^1/_2$ godziny wydobywałem koło 60—80 ctm. sz., przy niedowładzie żołądka, który stwierdzał obiad próbny Riegla, od 100 ctm. sz. i powyżéj, — nareszcie przy zwiększonéj ruchowości — ledwie 10—20 ctm. sz. Cyfry te były nadzwyczaj stałe, nigdy n. p. nie znalazłem w żołądku tylko 50 ctm. sz. gdzie metoda Riegla wykazała atoniję żołądka. Mimo pozornie nienaturalnego składu śniadania mego drażniło ono żołądek zupełnie dostatecznie tak, że po półgodzinnem przebywaniu w żołądku w treści żołądkowéj zdrowych osobników znajdowałem 0·12—0·15% kwasu solnego, i przesącz trawił krążek białka w 2 godziny. Zauważę, że krochmal sam lub też białko z cukrem, samo białko surowe, wreszcie krochmal z białkiem twardem, nie drażniły tak silnie błony śluzowéj żołądka, jak omawiane krochmalowo-białkowe próbne śniadanie, — daléj, że żadnych ubocznych objawów (nudności, wymiotów) po nim nie obserwowałem.

Sposób badania był następujący: Rano, po uprzedniem dokładnem wypłukaniu wodą letnią żołądka czczego wprowadzałem dość wolno przez sondę mięszaninę krochmalowo-białkową, po upływie 30 minut, a przy mleku po 1 godzinie, wyciągałem treść żołądkową: przez ten okres chory nie połykał wcale śliny a wypluwał wszystką w podaną zlewkę. W 10—15 minut późniéj przemywałem żołądek powtórnie; badany osobnik zjadał sam próbne śniadanie, w tejże jakości i ilości co poprzednio, połykając przytem i przez następne 30 minut wszystką ślinę, poczem znowu wypompowywałem zawartość żołądkową. Jednem słowem robiłem doświadczenie kontrolujące, trawienie przy braku śliny w pokarmie i żołądku, i doświadczenie właściwe — trawienie ze śliną jednego i tego samego dnia, co było tem potrzebniejszem, że, jak wiadomo, żołądek ludzi nietylko chorych a przytem leczonych, ale i zdrowych okazuje nieraz z dnia na dzień wahania w swéj sprawności, które trudno objaśnić. Przy używaniu mleka, jako pokarmu próbnego, trudno mi było robić dwa doświadczenia jednego dnia; urządzałem więc jednego dnia doświadczenie ze śliną, a drugiego bez niéj.

Treść żołądkową badałem co do ilości, ogólnéj kwasoty papierkiem Congo, fluoroglucynowaniliną co do wolnego kwasu solnego, jodem co do obecności lub braku krochmalu, co do całéj ilości kwasu solnego za pomocą dokładnéj metody wagowéj Sjöquista-Jakscha (kwas solny przemieniano w $BaCl_2$, a ten ostatni w $BaSO_4$, który ważono). Przy badaniu co do zawartości pepsyny brałem po 5 ctm. sz. przesączu, który w razie małéj zawartości kwasu solnego dokwaszałem zawsze do ilości 0·15—0·16% HCl.

(Patrz tablicę 1).

Dla krótkości śniadanie próbne oznaczam w téj i w następnych tablicach w następujący sposób: 1 B lub 20 B = 1 białko surowe kurze, czyli 20 ctm. sz.; 100-200—250 K = 100 ctm. sz. i t. p. krochmalu z zawartością 4% tegoż; a więc przy użyciu 250 ctm. sz. krochmalu wprowadzano tego ciała 10 gr. i t. p.; 100—200 C = 100 ctm. sz. cukru w tejże zawartości (4%) co i krochmal; 100—200 W = 100 ctm. sz. wody, którą uzupełniono ilość próbnego śniadania, aby w porównawczych przypadkach wprowadzono do żołądka jednakowe ilości płynu.

Ilość treści żołądkowéj oznaczam w ctm. sz.; w rubryce Jod, słowami mocne, słabe lub niema wyrażono niebieskie zabarwienie treści żołądkowéj po dodaniu nastoju jodu, co dowodziło większych ilości niezmienionego krochmalu w treści żołądkowéj. Kwasota wyrażoną jest w ctm. sz. ilości $^1/_{10}$ normalnego roczczynu Na_2CO, potrzebnéj do zobojętnienia przesączu. Bez oznacza, że trawienie żołądkowe rozwijało się bez współudziału śliny, t. j. że próbne śniadanie zostało wprowadzonem do żołądka przez sondę i osobnik badany wypluwał ślinę i unikał jéj połykania; Z = chory sam spożywał mięszaninę krochmalowo-białkową i połykał przytem dużo śliny.

Pierwsze 9 analiz odnoszą się do zdrowego posługacza, następne 10 do mnie samego, ostatnie 2 do chorego z dyspepsyją nerwową.

Załączone obserwacyje wykazują niewątpliwie, że po wprowadzeniu pokarmu do żołądka przez sondę i przy unikaniu połykania śliny i wogóle zetknięcia się jéj ze śnia-

[1]) Pilicier widział zwiększenie ilości soku żołądkowego pod wpływem Jaborandy, podczas gdy wydzielanie żółci nie ulegało zmianom. Porówn. Nothnagla i Rossbacha: *Handbuch der Arzneimittellehre*, 1887, str. 784.

Tablica I.

Data	Śniadanie próbne	Ilość treści	Kongo	Fluorglucynowanilina	Jod.	Kwasota	Cała ilość HCl	Pepsyna	Uwagi
22	1 B + 250 K	70	Niebies.	Czerwon.	Mocne	28	0,0952%	„	Bez
23	„	70	„	„	„	24	0,0864	$2^{1}/_{4}$	Bez
23	„	35	„	„	Niema	55	0,1998	2	Z
25	1 B + 250 C	60	Sł. nieb.	Niema	—	18	0,0563	2	Bez
25	„	50	Niebies.	Czerwon.	—	34	0,1127	2	Z
26	2 B + 250 W	30	Sł. nieb.	„	—	28	0,1246	—	Bez
26	„	10	M. nieb.	„	—	35	—	—	Z
27	2 B + 150 K + 100 W	80	Niema	Niema	Mocne	9	0,0306%	—	Bez
29	„	25	Niebies.	Czerwon.	Słabe	45	0,1559	—	Z
21	1 B + 100 K + 150 W	50	Sł. nieb.	Niema	Mocne	11	0,0382	—	Bez
22	„	25	Niebies.	Czerwon.	Niema	24	0,1002	—	Z
23	1 B + 200 K	50	Sł. nieb.	Niema	Mocne	10	0,0306%	$2^{1}/_{4}$	Bez
23	„	25	Niebies.	Czerwon	Niema	21	0.0504%	2	Z
25	$1^{1}/_{2}$ B + 250 C	100	Niema	Niema	—	7	0,0250	$3^{1}/_{2}$	Bez
25	„	45	Sł. nieb.	„	—	13	0,0488	2	Z
26	2 B + 250 W	55	Niema	„	—	7	0,0341	$2^{1}/_{2}$	Bez
26	„	45	Sł. nieb.	„	—	17	0,0689	2	Z
27	20 B + 150 C + 100 W	50	„	„	—	10	0,0278	—	Bez
29	„	35	„	„	—	8	0,0125	—	Z
28	1 B + 150 K + 100 W	20	Niebies.	Czerwon.	Mocne	26	—	—	Bez
28	„	10	„	„	Niema	45	—	—	Z

daniem próbnem i żołądkiem wydobywa się treści żołądkowéj zawsze więcéj, a mimo to o kwasocie niższéj, niż gdy pokarm przechodzi przez usta i osobnik badany połyka przy tem ślinę. Różnica jest tak stałą i rażącą, że o przypadkowości mowy być nie może: w pierwszym przypadku znajdowano zwykle w żołądku dwa razy więcéj treści o dwa razy niższéj kwasocie niż w drugim.

U 12 chorych żołądkowych lub cierpiących na inne choroby obserwowałem mniéj lub więcéj to samo, co i w załączonych doświadczeniach nad normalnemi żołądkami. Występowały jednak niekiedy ciekawe modyfikacyje.

(Patrz tablicę II).

U jednych, jak widzimy, zachowanie się trawienia żołądkowego ze śliną i bez niéj jest zupełnie takiem samem, jak w ustroju zdrowym, u drugich po przyjęciu pokarmu przez usta treść żołądkowa nabiera wyższéj kwasoty, lecz ilość jéj pozostaje taką samą, jak po wprowadzeniu pokarmu przez sondę. Szczególnie ciekawym pod tym względem jest przypadek 4-ty rozstrzeni żołądka z silnym niedowładem, gdyż tu znajdowaliśmy w obu doświadczeniach w żołądku więcéj treści niż wprowadziliśmy pokarmu. Ilość przesączu w obu doświadczeniach była jednakową, lecz przy współudziale śliny w trawieniu kwasota i zawartość kw. solnego wzrosła więcéj niż w dwójnasób.

W przypadku trzecim (również *dilatatio ventriculi*) widzieliśmy odwrotne do pewnego stopnia zjawisko, przy stosowaniu próby krochmalowo-białkowéj: ilość treści żołądkowéj w doświadczeniu ze śliną zmniejszyła się o połowę w porównaniu z obserwacyją kontrolującą, ale kwasota przesączu i zawartość w nim kwasu solnego nie zwiększyła się w takim stopniu jak to widzieliśmy w normalnym organizmie, bo urosła z 10 ledwie na 13, a co do HCl z 0·0203% na 0·0338%.

Nareszcie w przypadkach raka żołądka, raka wątroby z ogólnem charłactwem i przewlekłéj gruźlicy płucnéj nie znać było żadnego odczynu żołądka na pokarm ze śliną. — W pierwszym przypadku żołądek rakowy wydzielał stosunkowo dość znaczne ilości kwasu solnego 0·0407 – 0·0532%; przy takiéj zawartości HCl fluorglucynowanilina u innego rodzaju chorych wykazywała wyraźnie wolny kwas solny:

Tablica II.

Data	Rodzaj choroby	Próbne śniadanie	Ilość treści	Kongo	Fluorglucy-nowanilina	Jod.	Kwasota	HCl	Pepsyna	Uwagi
30	I. Rak żołądka	20 B + 150 K + 100 W	20	Sł. niebies.	Niema	Wyraż.	22	0,0407	—	Bez
31	„	„	30	„	„	Niema	17	0 0532	—	Z
1	„	20 B + 200 K + 50 W	50	„	„	„	5	0,0018	4	Bez
1	„	„	50	„	„	„	5	0,0031	7 ½	Z
31	II. Rozstrzeń żo	20 B + 200 K + 50 W	120	Niema	Niema	Słabe	7	0,0222	4	Bez
1	łądka *Hyperacid.*	„	80	Niebies.	Czerwon.	Niema	29	0,0720	2	Z
2	„	250 ctm. sz. mleka	130	Sł. niebies.	Niema	—	45	0,0726	4	Bez
3	„	„	110	„	„	—	53	0,0714(?)	3½	Z
3	III. Rozstrzeń	20 B + 200 K + 50 W	80	Niema	„	Sł. niebies	10	0,0203	4	Bez
3	żołądka	„	40	„	„	Niema	13	0,0338	4	Z
4		250 mleka	70	„	„	—	42	0,0600	4	Bez
5		„	50	Sł. niebies.	„	—	52	0,1265	4	Z
7	IV. *Dilatatio ven-*	20 B + 150 K + 100 W	310	Niema	„	Mocne	6	0,0187	2½	Bez
7	*triculi. Atonia*	„	320	Sł. niebies.	Sł. czerw.	Niema	17	0,0529	2½	Z
9	V. *Diabetes in*	20 B + 200 K + 50 W	90	Niema	Niema	Słabe	2	0,0021	5	Bez
9	*sipidus*	„	40	Sł. niebies	„	Niema	9	0,0156	2¾	Z
10	VI. Grużlica	20 B + 150 K + 100 W	100	Niema	„	Wyraż.	2	—	4½	Bez
10	płucna	„	150	„	„	„	2	—	4½	Z
12	VII. *Dyspepsia*	20 B + 100 K + 150 W	60	Sł. niebies.	Sł. czerw.	Niema	17	0,0281	5	Bez
12	przy *Myelitis*	„	25	Niebies.	Czerwon.	„	24	0,0480	3	Z
18	VII. *Hyperchlor-*	20 B + 200 K + 50 W	70	„	„	Mocne	41	0,1558	2½	Bez
18	*hydria. ulcus*(?)	„	40	„	„	Wyraż.	31	0,1071	2½	Z
24	IX. *Carcinoma*	20 B + 200 K + 50 W	25	Niema	Niema	„	0·5	—	4	Bez
24	*hepatis. Icterus*	„	20	„	„	„	0·5	—	8	Z
25	X. *Dilatatio. Hy-*	300 mleka	20	„	„	—	31	0,0783	—	Bez
26	*perchotil. ventric.*	„	15	Niebies.	Sł. czerw.	—	46	0,0945	—	Z
26	XI. *Carcinoma*	20 B + 200 K + 50 W	70	Niema	Niema	Słabe	1·0	—	—	Bez
26	*hepatis*	„	20	„	„	„	0·5	—	—	Z
3	XII. *Gastritis*	20 B + 200 K + 50 W	90	„	„	„	3	0,0025	8	Bez
3	*chronica*	„	120	„	„	„	10	00,288	3	Z

w tym zaś przypadku wolnego chemicznie HCl nie konstatowaliśmy wcale; znajdował się on tylko w stanie utajonym, zgodnie z tem, co wiemy z badań Riegla[1]), a następnie Honigmanna i v. Noordena[2]) o zachowaniu się kwasu solnego przy raku żołądka. W przypadku gruźlicy płucnéj sekrecyja była nader silnie upośledzoną i kwasota treści żołądkowej w obu doświadczeniach, kontrolnającem bez śliny i właściwem ze śliną, wyniosła ledwie 2. Lecz, że nawet i przy równie silnem osłabieniu czynności wydzielniczéj żołądka trawienie ze śliną może iść energiczniéj niż bez niéj, dowodzi nam tego obserwacyja *diabetes insipidus* (Nr. 5), w tym przypadku sekrecyja w żołądku sprowadzoną była do minimum, a mimo to zachowanie się trawienia po przyjęciu pokarmu przez usta było takiem samem, jak w normalnym organiz-

[1]) *Deut. Archiv. f. klin. Medizin* Bd. 36. — [2]) *Zeitschrift f. klin. Medizin.* Bd. XIII, H. 1.

mie. W jednym tylko przypadku nadmiernéj kwaśności przesączu z podejrzeniem wrzodu żołądka, obserwowaliśmy odwrotne zjawisko, niż w poprzednich doświadczeniach, bo kwasota treści obniżyła się przy trawieniu ze śliną; faktu tego jednak nie miałem możności stwierdzić.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Seifman: „Choroby pasorzytnicze a w szczególności choroby zakaźne zwierząt domowych“.

W wymienionym podręczniku zestawił znany w piśmiennictwie weterynarskiem autor najczęstsze choroby z uwzględnieniem najważniejszych zdobyczy naukowych z ostatnich lat. Oprócz tego ozdobił książkę licznemi rycinami, z których niejedna, n. p. rycina tasiemca długoczłonkiego, grzybków promienicy, do wcale wiernych i udanych zaliczyć należy. Rzecz całą przedstawił autor wyczerpująco i przystępnie. Szczególnie opisy zarazy pyskowéj i racicowéj, ospy, księgosuszu, nosacizny, zołzów, róży świń, promienicy, choroby stadniczéj, nie pozostawiają nic do życzenia. Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to ze względu, iż autor posługiwał się już nieco przestarzalemi niemieckiemi podręcznikami, daje się czuć brak niektórych nowszych poglądów.— I tak n. p. twierdzi autor na str. 87, że dotychczas nie została rozstrzygnięta pod względem profilaktycznym wartość szczepienia ochronnego zarazy płucnéj, gdy tymczasem sprawa ta stanowczo na korzyść szczepienia jest załatwioną, dzięki pracy doświadczalnéj i ściśle naukowo przez prof. Schütza i Steffena z upoważnieniem ministra Luciusa w Neugattersleben pod Magdburgiem przeprowadzonéj. (*Archiv f. wiss. u. prakt. Thierheilkunde*, Bd. XV u. XVI. Berlin 1889 u. 1890).

O ile całéj pracy pod względem treści bardzo mało zarzucić można, o tyle trudno wybaczyć autorowi dowolność w tłómaczeniu wyrazów obcych, które już dawno przez językoznawców spolszczone i językowi naszemu przyswojone zostały. Z pośród niestety licznych nowoukutych barbaryzmów językowych, w podręczniku zawartych, przytaczam jako małą próbkę następujące: *Invasions-Krankheiten* tłómaczy przez choroby wkroczne zamiast robaczne, choroby zwierzęce u ludzi napotykane przez odzwierzęce. Tasiemca wieńcogłowego przezywa autor na jednem miejscu tasiemcem bąblowcowym, na innem trójczłonnym, a tasiemca długoczłonkiego samotnym. Wrzęch tasiemcowy *pentastomum taenioides* otrzymuje nazwę pięciouśćca tasiemcowatego. Krosty u niego są pustułami a pęcherze w zarazie pyskowéj aftami. *Aasplätze*, ścierwowiska, nazywa pogrzebowiskami, tak jak gdyby padliny zakopywano z pewnemi obrzędami.

Ale nietylko grzeszy autor nieznajomością polskiéj terminologii lekarskiéj, lecz także sposobem pisania, który jest czysto niemieckim. Używa bowiem zdań długich nieraz po 10 wierszy, oraz szyku zdań, który jest obcy naszemu językowi.

Pomijając jednak usterki językowe, należy się mimo to wdzięczność i uznanie autorowi za wzbogacenie ubogiéj polskiéj literatury podręcznikiem, który może oddać znakomite usługi młodym weterynarzom i wykształconym rolnikom. Również zasługuje na podziękę redakcyja Encyklopedyi rolniczéj w Warszawie za staranne i piękne wydawnictwo.

Dr. W.

Chirurgija.

Kongres francuzki chirurgów w Paryżu.

Druga kwestyja. **Wyniki odległe usunięcia części przydatkowych macicy w zmianach chorobowych nie nowotworowych tegoż organu.**

Spencer Wells z Londynu na posiedzeniu 1 kwietnia zwraca uwagę, że w przeciwieństwie do owaryjotomii, któréj wyniki nazywa świetnemi, nie jesteśmy wstanie oznaczyć jeszcze stanowczo ostatecznych rezultatów, usunięcia części przydatkowych macicy, z powodu braku dowodów. Statystyki podają liczne wyzdrowienia, ale ostatecznie wyraz wyleczenie nie jest jasnym, gdyż znaczy najczęściéj, że chora nie umarła wskutek operacyi.

Ponawia energicznie swoję z przed 5 laty protestacyję przeciwko nadużywaniu ooforektomii w zmianach nienowotworowych, gdyż dokładne rozpoznanie takowych uważa za niemożebne. Zwraca uwagę na tę samą opiniję wydaną przez siebie w dziełach dawniejszych, w któréj utwierdził się jeszcze przez dokładne uwzględnienie faktów. Tak samo twierdzi i Battey, który mu donosi, że w Ameryce ooforektomii, szczególniéj w przypadkach chorób nerwowych, w sposób opłakany nadużywają. Sądzi, że o ile często wskazaną jest ona w zmianach nowotworowych, o tyle rzadko w innych. W tych ostatnich zaś w dysmenorrhei lub newralgijach jajnikowych, dotychczas leczonych bezskutecznie, a zagrażających życiu. Wykazuje, że po téj operacyi jeżeli chora nie umrze, to jéj stan zdrowia jest gorszym niż przedtem, że bóle bywają silniejsze, że regularność nie tylko nie ustaje często, ale zdarzają się przypadki krwotoków macicznych, czasem wystąpienie lub nawrót hematokeli, a wreszcie bezpłodność, do świadomości któréj chore doszedłszy łatwo na umyśle podupadają. Nie podziela zdania wielu autorów, jakoby schorzenia trąbek były tak częstemi i sądzi, że niektóre zapalenia trąbek lub pyosalpinx dają się bez operacyi wyleczyć. Wspomina wreszcie o przepuklinach w miejscu blizny i pokazuje swojéj konstrukcyi przyrząd dla lepszego zeszycia rany brzusznéj.

Lawson Tait dowodzi, że użyteczność téj operacyi jest skonstatowaną. Odsetka śmiertelności wynosi 3%. Co do odległych rezultatów trudno jeszcze stanowczo odpowiedzieć, gdyż wyniki po operacyi u kobiet, które jeszcze do dojrzałości nie doszły, są inne, aniżeli po przekroczeniu téj chwili. Śmiesznem według niego jest twierdzenie, jakoby operowane miały przybierać typ męzki. Na podstawie fizyjologii porównawczéj twierdzi, że popęd płciowy u kobiet jest słabszym aniżeli u mężczyzn i na tem opiera wywód, że nie można brać w rachubę zarzutów ujemnego wpływu operacyi na popęd płciowy. Przypadki wymagające usunięcia części przydatkowych dzieli na 3 grupy:

1) Schorzenia macicy, pociągające za sobą krwotoki lub dysmenorrhoea itd.

2) Zmiany długotrwałe, wywołane zapaleniami, umiejscowionemi w częściach przydatkowych.

3) Rozmaite ciężkie objawy nerwowe stojące w związku z regularnością, a które mogą być wyleczonemi lub poprawionemi przez usunięcie menstruacyi.

Przypadki jednéj mogą i do dwóch innych grup należeć, z powodu łączności i zawisłości wzajemnéj objawów.

Wyniki po operacyi w pierwszéj grupie miał następujące: na 271 włókniaków 6 przypadków śmierci bezpośrednio po operacyi, tj. 2.2%. Na 265 pozostałych było 8 bez pomyślnego wyniku, tj., że potem musiano jeszcze wykonać hysterektomiję z powodu wzrostu dalszego guzów, albo też nastąpiła śmierć z powodu złego wpływu saméj choroby. Zatem 257 przypadków, w których objawy ustąpiły zupełnie albo guz zniknął, albo nie wzrastał daléj, lub też zbytnie ubytki krwi zostały wstrzymanemi. Nie ulega kwestyi, że wiek pacyjentki ma wielki wpływ na zniknięcie guza i ustanie regularności po usunięciu części przydatkowych. Z obserwacyj swoich wnosi, że przed 40 rokiem 70% guzów znika zupełnie. Między 40 a 50 po większéj części guzy nie znikają ale też i nie wzrastają, a często znacznie się zmniejszają, po 46 zaś zmniejszenie nie przekracza $^{1}/_{6}$ pierwotnéj wielkości: Nie usuwa to zdanie naturalnie wyjątków.

Oprócz jednego przypadku osłabienia nerwowego po operacyi żadnego więcéj nie zauważył, a na podstawie ścisłego spostrzegania twierdzi, że nerwowe objawy, jakie dają się widzieć u kobiet po ustąpieniu regularności, mniéj są wybitnemi po operacyi aniżeli w stanie normalnym. Sprzeciwia się też stanowczo twierdzeniu Reitha, jakoby po hysterektomii miało być 10% zboczeń umysłowych, twierdząc, że ani on

sam, ani żaden inny operator tego nie spostrzegał. Jeden mu się tylko zdarzył przypadek obłędu, ale zboczenie to miało być jeszcze przed operacyją obserwowanem. Owszem, w trzech przypadkach guzów mięsakowych macicy z wyraźnym obłędem nastąpiło po operacyi wyleczenie.

Apodyktycznie wygłasza mniemanie, że operacyja w mowie będąca jest jedną z najlepszych wogóle i że sprowadza nietylko ulgę w cierpieniach wywołanych chorobą, ale zupełne wyleczenie.

Do téj grupy nakoniec zalicza i przypadki nadmiernéj regularności lub nietypowych krwotoków, których przyczyny nie można ściśle oznaczyć, a które opierały się wszelkim innym zabiegom leczniczym; jako też i niedostatecznego rozwoju macicy, a prawidłowo zbudowanych trąbek i jajników. W tych przypadkach, połączonych często z boleściami wielkiemi, w czasie gdy menstruacyja ma nastąpić, uważa usunięcie części przydatkowych za *ultima ratio*.

Co do drugiéj grupy z powodu braku jeszcze dostatecznego materyjału stanowczego sądu wydać nie może, spodziewa się jednak, że i tutaj statystyka również świetne wyniki wykaże. Połączenie objawów i następstw zboczeń z pierwszéj i drugiéj grupy wywołuje nieraz niezmierne trudności w wykonaniu téj operacyi zmuszającéj czasem do przedsięwzięcia hysterektomii. Nie zaprzecza trudności wielkich w obserwacyi usunięcia części przydatkowych, z powodu zmian pozapalnych, ale też niczem nie daje się odstraszyć od zupełnego ukończenia zabiegu, ani obawą rozdarcia jelita lub pęcherza, ani zbyt silnemi zrostami. Przetoki bowiem czy moczowe czy kałowe następowo operuje i zamyka.

W przypadkach ropni w miednicy małéj nieraz bardzo obszernych zwraca uwagę, że operacyja nie usuwa nieraz boleści wielkich chorobą wywołanych, porównywając je do bólów, jakie chorzy cierpią po amputacyi jakiegoś członka, w którym mimo operacyi chory ból lokalizuje. W kilku przypadkach nawet, gdy żadnego polepszenia nie zauważył, otworzył jamę brzuszną powtórnie i znalazł torbiel w pozostałéj części trąbki. Dla tego też radzi usuwać dokładnie całe części przydatkowe, aby tego uniknąć.

W tym punkcie jest zasadnicza różnica wyników operacyi w pierwszéj a drugiéj grupie. Gdy tam usunięcie części przydatkowych a z niemi i regularności kończy objawy groźne choroby, tutaj leczenie następowe może być w przykry sposób przerwanem przez krwotok pomiędzy blaszki więzu szerokiego. Według obliczenia L. T. zdarza się to 4 do 5 razy na 100 operacyj, w których więzy szerokie były podwięzywane. Takie wynaczynienia nie dochodzą zazwyczaj do wielkich rozmiarów, ale w każdym razie utrudniają ozdrowienie, lub je przedłużają, a gdy nastąpi ropienie, powstaje nowe niebezpieczeństwo, dające powód do zabiegu operacyjnego, a przez to odległe wyniki usunięcia części przydatkowych nie dają się łatwo oznaczyć, wymagając ku temu dłuższego znacznie czasu anizeli w pierwszéj grupie.

Co się trzeciéj grupy tyczy, to na podstawie 2 przypadków rokuje L. T. temu sposobowi leczenia wielką przyszłość. Żąda tylko wskazań bezwzględnych na ściśléj obserwacyi polegających. W pierwszym przypadku wykonał on tę operacyję w r. 1880 u dziewczyny, idyjotki, która od czasu rozpoczęcia menstruacyi za każdym razem i to co raz silniejsze miewała napady padaczki tak, że nieustanny i bardzo pilny dozór był niezbędnym. Po operacyi miesiączka nie powróciła, a chora napadów tych powoli zupełnie się pozbyła. Stan umysłowy pozostał niezmienionym.

Drugi przypadek odnosi się do kobiety 25 lat zamężnéj, matki jednego dziecięcia. W rok mniéj więcéj po urodzeniu tegoż zauważono wśród okresu miesiączki zmianę usposobienia psychicznego, która z czasem w kompletny ostry obłęd się zmieniła, ale zawsze do regularności ograniczony. Usunięcie części przydatkowych uleczyło chorą, która do tego czasu, tj. lat 6. czuje się i jest zupełnie zdrową. Te przykłady, chociaż tak skąpe co do liczby, winny według prelegenta zachęcić do tego sposobu leczenia.

(Dokończenie nastąpi.)

Jahoda podaje dwa przypadki przerwania przewodu pokarmowego wskutek urazu bez zranienia ścian brzusznych, wyleczone za pomocą cięcia brzusznego i zeszycia ran w jelicie. W jednym przypadku powstało przerwanie wskutek uderzenia osią wozu, w drugim wskutek kopnięcia. W pierwszym przypadku robiono cięcie brzuszne i szew jelitowy w 80, w drugim 25 godzin po zranieniu. W obu przypadkach było już zapalenie otrzewny pomimo to po zeszyciu rany jelitowéj i dokładnem wypłukaniu jamy otrzewnowéj ciepłym 1‰ roztworem kwasu salicyłowego nastąpiło zupełne wyleczenie. (*W. klin. Wschrft*, Nr. 45, 1891). *Dr. Rościszewski.*

Choroby skórne i kiłowe.

Prof. Neumann (Wiedeń): **O klinicznych i histologicznych zmianach kiłą zajętych migdałków i łuków podniebiennych.**

Migdałki i łuki są to miejsca, które kiła z zamiłowaniem sobie na siedlisko obiera. Zacząwszy od słabych i ledwo widzialnych nalotów i zmętnień przybłonka aż do głęboko wrzodziejących kilaków, wszystkie prawie formy kiły świeżéj i dawnéj tutaj badać możemy. Zmiany tutaj powstałe tem przedewszystkiem się odznaczają, iż z wielką łatwością recydywują, nie można zaś o przyczynę tego posądzać li tylko nieczystego utrzymywania ust lub drażnienia pokarmami lub cygarami. Poruszyć tutaj także należy spostrzeżenie, iż zmiany późne zazwyczaj usadawiają się na tych samych miejscach, na których zmiany wczesne występować zwykły i zgodzić się trzeba z Fournierem, iż znikanie tych zmian uważać należy tylko za stan chwilowego utajenia i że zarazek w tych miejscach zawsze niezmieniony pozostaje. Rzeczywiście Neumann badając pod mikroskopem w miejscach po sklerozach, po kłykcinach lub nawet po plamach wysypkowych na skórze, znajdował zawsze naciek komórkowy w ścianach naczyń i w skórze. W miejscach zmian w jamie ustnéj po ich ustąpieniu znajdował częścią wśród przybłonka, częścią na nim grupy komórek okrągłych, w rozpadzie będących. Naczynia rozszerzone posiadały ściany komórkowe naciekłe. Zdaje się nie podlegać wątpliwości, że ów naciek komórkowy bardzo długo utrzymywać się może i że on jest substratem zmian trzeciorzędnych. Autor badał także przyrząd mięśniowy podniebienia miękkiego, a to celem wyjaśnienia owych spraw patologicznych, kiedy po owrzodzeniach języczka lub łuków w czasie zabliźnienia przyrośnięcie do tylnéj ściany połyku następuje. Tłomaczenie Sigmunda, Czermaka i wielu innych, opierające się na nierównéj granulacyjnéj powierzchni owrzodzeń, nie przemawia bowiem do przekonania autora. Badanie wykazało w tych przypadkach *myositis specifica*: naciek wielkiéj liczby komórek drobnych w około rozszerzonych naczyń, proliferacyję jąder komórkowych w omięsnéj jakoteż w *adventitia* naczyń, zatarcie prążkowania poprzecznego. Bezwątpienia więc zmiany w mięśniach są powodem owych zrośnięć. (*Wr. med. Bl.* Nr. 45, 1891). *Dr. Mendelsburg.*

†

IV. Prof. Dr. IGNACY FONBERG.

D. 4 listopada zakończył w Kijowie pełen chwały żywot wieloletni profesor chemii w Uniw. wileńskim, a następnie kijowskim, Ignacy Fonberg.

Składając na grobie głośnego w swoim czasie uczonego i wielce zasłużonego profesora ten skromny dowód wdzięcznéj pamięci, nie kryjemy przed sobą, że pomimo autorskiéj i nauczycielskiéj działalności ś. p. Ignacego Fonberga i pomimo tego uroku, który otaczał zmarłego uczonego, jako żyjącą pamiątkę minionych, lecz tak drogich czasów, imię jego dla większości młodych lekarzy nie jest znane.

Ignacy Fonberg urodził się 20 stycznia 1801 r.; ukończył Uniwersytet wileński w r. 1818 ze stopniem kandydata filozofii. Po czteroletniéj asystenturze przy profesorze chemii już w r. 1822 otrzymał katedrę tego przedmiotu, a w r. 1824 przyznano mu stopień magistra filozofii. W r. 1832 po zamknięciu Uniwersytetu wstąpił Fonberg na katedrę opuszczoną

przez Śniadeckiego w Akademii medyko-chirurgicznéj, z warunkiem jednak złożenia egzaminu na stopień doktora medycyny, czemu zadość uczynił. Po zamknięciu Akademii medyko chirurgicznéj w r. 1840 Fonberg został przeniesiony do Kijowa już jako profesor zwyczajny i objął katedrę chemii po Zenowiczu; na tem stanowisku pozostawał do r. 1860, w którym na zawsze opuścił obowiązki uniwersyteckie.

Ś. p. Fonberg pisał w kilku językach, lecz najwięcéj wydał po polsku i w tym rodzinnym języku ogłosił następujące dzieła i rozprawy: 1) *Chemija zastosowana do szkół i rzemiosł* (Wilno, 1827); za tę pracę otrzymał pierścień z brylantami. 2) *Rozbiór chemiczny wody szczawnickiej* (1829 roku w „Dzienniku wileńskim"). 3) *Wiadomości o cholerze i o sposobach czyszczenia powietrza w czasie panującéj zarazy* (1830). 4) *Opis chemiczny i topograficzny wód w Druskienikach.* (1835). Znaczną ilość późniejszych rozpraw pomijamy. Z prac wydanych w obcych językach do głośniejszych należą: 1) *Beobachtungen über den Harn und das Blut diabetischer Kranken* w „Liebigs Annalen der Chemie und der Pharmacie" 1847; 2) *Quelques remarques tirées des analyses des eaux de Kieff* (Moskwa 1850).

Staraniom Fonberga zawdzięcza kijowski Uniwersytet urządzenie wspaniałéj pracowni chemicznéj, w któréj przechowuje się Dziennik zajęć praktycznych zgasłego profesora, skrupulatnie prowadzony od 1840 do 1860 r.

Czytelnicy „Przeglądu" przyjmą pobłażliwie, że dając folgę wspomnieniom lat minionych, i wiedzeni niemal synowskiem uczuciem dla ś. p. Prof. Fonberga, odtwarzamy podobiznę jego postaci z lat sześćdziesiątych: wzrostu okazałego, o twarzy wygolonej, rysów pięknych i poważnych; nad wzniosłem czołem włos biały, krótko przystrzyżony; Wysokie kołnierzyki przewiązane na szyi grubą białą chustką, zawiązaną w fantastyczny węzeł, frak granatowy z złotemi guzikami, cały krój ubrania z końca przeszłego i początku bieżącego stulecia. Tak musieli wyglądać Śniadeccy, Franck, Jundziłł i inni wileńczycy. Głos ś. p. Fonberga był dźwięczny, miarowy, ruchy powolne, pełne wyniosłej godności. Nigdy na tem wyrazistem obliczu rzymskiego senatora nie zaigrał uśmiech, harmonijnych rysów nie wykrzywiło zniecierpliwienie; jakaś majestatyczna powaga otaczała tę czczoną postać, i gdy Fonberg wchodził do wykładowego amfiteatru, uczucie pełnej szacunku uwagi owładało tłumem słuchaczy.

Uniwersytet kijowski do r. 1863 podlegał wraz z dorpackim osobnym prawom i przywilejom, których nie miały inne wszechnice państwa rosyjskiego: prawo żenienia się, niekontrolowanie frekwencyi, a zwłaszcza niezależność od policyi miejskiej stanowiły wybitne paragrafy tych przywilejów. Młodzież uniwersytecka podlegała policyi własnej, uniwersyteckiej, której atrybucyje w latach sześćdziesiątych zredukowały się do przenoszenia rzeczy studenckich przy zmianie mieszkania. Prawa te czyniły młodzież butną, a zresztą któraż młodzież uniwersytecka nie jest butną? Tylko najwyższą ostrożnością i taktem mogli profesorowie okupić dobry stosunek ze swymi słuchaczami, a najmniejsze zboczenie z tego kierunku spowodowywało żądanie zadośćuczynienia, dziś to wyznajemy, nieraz ubliżającego wysokiej godności stanowiska profesorskiego. Z całego grona profesorów kijowskich jeden Fonberg stał ponad przewilejami młodzieży: On jeden zachował zapewne wileński zabytek zwyczajowy przepytywania dwa razy rocznie swych słuchaczy, rzecz która nigdy innemu profesorowi nie byłaby się powiodła; ale co więcej, jeśli odpowiedzi słuchacza wypadały niepomyślnie, niejednemu wąsalowi, ojcu własnej rodziny, dostawało się ojcowskie upomnienie: po co ciebie rodzice tutaj posełają? Tylko wielka majestatyczna powaga ś p. Fonberga mogła sobie pozwolić na tego rodzaju uwagi, tylko iście rodzicielskie serce i świadomość synowskiéj czci i miłości słuchaczy mogły rachować na pokorne przyjęcie tych upomnień, które nie tylko nie budziły urazy, ale przeciwnie wywoływały jakieś moralne zadowolenie, że taki stosunek prawie rodzinny, a tak szczerze polski, ucznia do nauczyciela przetrwał, chociaż tyle rzeczy innych zmieniło się.

W r. 1860, kiedy Fonberg nazawsze opuścił Uniwersytet kijowski, ziemianie ukrainni uczcili go składkowym złotym medalem zasługi, wybitym w Berlinie w 150 egzemplarzach. Deputacyja obywatelska z marszałkiem Horwatem na czele dopełniła aktu wręczenia. Trzydzieści (1860—1891) lat emerytalnych spędził ś. p. Fonberg w odosobnieniu, jak filozof starożytności ukochał spokój skromnego zacisza i żadnych nie miał stosunków z obecnym składem grona profesorskiego w Uniwersytecie św. Włodzimierza.

Przed oczami ś. p. Ignacego Fonberga przesunął się znaczny i znaczący peryjod dziejów naszych: przeżył on niejedną epokę, niejedną szkołę naukową, przeżył większą część rodzeństwa młodszego, większą część uczniów swoich, wreszcie tylko o tydzień przeżył sędziwą małżonkę, i zgasł z umysłem jasnym, na chwilę niezamąconym. Ostatnią wolą nieboszczyka było, ażeby obrząd pogrzebowy odbył się cicho i skromnie: za trumną szła tylko najbliższa rodzina.

Oddając ostatni hołd człowiekowi czczonemu przez kilka pokoleń lekarskich, spełniamy drogi obowiązek i własnego serca.

Niewygasła wdzięczność i cześć jego pamięci.

Dr. A. Kwaśnicki.

Kilka słów o szkole dentystycznéj berlińskiéj

podał

Dr. W. Łepkowski,
b. asystent kliniki chirurg. Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 48.)

Chory dostaje niebieską kartkę, co oznacza, że ma się za jakiś czas pokazać, dla przekonania się, czy przeszczepienie się udało. Cóż się dzieje z tymi, którym *lege artis* ekstrakcyj dokonano? Niewiadomo. Księgi nie piszą nic po raz wtóry o chorym, chociażby nawet się zgłosił, ale on z pewnością, chociaż może obecnie przy tak nieczystem postępowaniu, nie wróci tu z powrotem, gdzie mu krzywdę wyrządzono, ale pójdzie szukać pomocy tam, gdzie uważają na pilne odwietrzanie narzędzi, tj. do klinik chirurgicznych. Kiedy się zapytywałem asystenta p. S c h m i d t a, dla czego to tak wszystko, a nie inaczéj się dzieje? odpowiedział mi z całą pewnością siebie, obcierając co dopiero używane kleszcze w brudny ręcznik, iż nie możnaby znaleść tak wiele czasu, aby za każdą razą dłużéj moczyć kleszcze w karbolu, bo pacyjentów odprawia się przecież do 50 przez 2 godziny Jeżeli taką odpowiedzią zadowolić się trzeba od asystenta, jakże mogą wyglądać wychowańcy téj szkoły? Naturalnie nie mają pojęcia o postępowaniu antyseptycznem w praktyce, słysząc o niem tylko *ex cathedra*; idą w świat i wspólnie z cyrulikami mnożą potajemnie przypadki do pracy prof. M i l l e r a. Dziwić się istotnie wypada, że szkoła berlińska pod każdym innym względem tak wysoko stojąca, pod tym jest jeszcze zupełnie zacofaną.

Wyniósłszy z kliniki chirurgicznej gruntowne zasady anti- i aseptyki, które wpajał w nas prof. R y d y g i e r, może zbyt surowo zapatruję się na postępowanie, jakie tu widzę; zauważyłem przecież, że razi to także kształcących się tutaj krajowych i zagranicznych doktorów medycyny, którzy się wcale specyjalnie chirurgii nie poświęcali, a jednak wiedząc, jak postępować należy, ze zdumieniem tem większem patrzą na podobne błędy. Przecież prof. B u s c h poświęcał się dawniéj chirurgii i zdawałoby się, że właśnie w tym kierunku zwracać będzie pilną uwagę na uczniów nie tylko w wykładzie, ale i w praktyce, jako były asystent L a n g e n b e c k a!

Sala sąsiednia przeznaczona jest na operacyje w narkozie gazem rozweselającym, gdyż jedynie tego zwykle używają. Niekiedy tylko, ale to więcéj dla demonstracyj, usypia się bromkiem etylu lub chloroformem. Aparat do gazu rozweselającego jest, jak wszystkie w Zakładzie, firmy P a u l B u s s. Mieści on materyjału na mniéj lub więcéj 50 narkoz. Bezsprzecznie posiadamy w gazie rozweselającym środek

najlepiéj przy małych operacyjach znieczulający. Środek ten jest może najprzystępniejszy dla lekarzy dentystów, bo go stósować mogą bez szkody dla pacyjenta i bez większéj w tym kierunku wprawy. Dla tego go tu po kilka, nawet kilkanaście razy dziennie stosują. W nowo wydanéj swéj pracy Hillischer na milijon narkoz gazem rozweselającym podaje tylko 6 przypadków nieszczęśliwego przebiegu narkozy śmiercią zakończonych, potwierdza to jak dotąd i tutejsze doświadczenie, gdy na 15 000 chorych nie było jeszcze żadnego przypadku śmierci.

Na temże samem piętrze znajdujemy salę, przeznaczoną na teoretyczne wykłady prof. Buscha (ogólna chirurgija i choroby jamy ust), prof. Millera (o pasorzytach jamy ust) i wreszcie proff. Paetscha i Warnekrosa (pierwszego o sposobach plombowania, drugiego o robieniu obturatorów). Z prelekcyj tych małą istotnie wynosi się korzyść, gdyż zastosowane do wiedzy lekarzy dentystów, nader szczupłym objęte są programem i traktują zaledwie powierzchownie elementarne zasady tak bakteryjologii jak i chirurgii. Najwięcéj stosunkowo korzystać można z światłych wykładów prof. Millera, którego gruntowna wiedza prawie w każdem odbija się zdaniu. Widać, że powściągać się musi, zapuszczając się w kwestyje dla większéj liczby jego słuchaczów nie przystępne. Co się tyczy wykładów proff. Paetscha i Warnekrosa, to te istotnie nie przedstawiają wiele zajęcia, bo treści ich, niż każdéj rzeczy praktycznéj, lepiéj uczyć się w pracowni, niż tracić niepotrzebnie czas, słuchając opisu tego, co jedynie przez przyłożenie ręki posiąść się daje.

Wogóle sądzę, że teoretyczne wykłady dla już obznajomionego z wiedzą lekarską są jedynie stratą czasu, który na coś lepszego obróciéby można. Jeżeli ma się jakąś godzinę wolną, co rzeczywiście przy tylu praktycznych zajęciach jest nader trudną rzeczą, to radziłbym poświęcić takową na słuchanie innych wykładów, w związku ze sztuką dentystyczną stojących, a o te tak łatwo w berlińskim uniwersytecie, gdzie tyle zakładów i katedr sposobności do tego nastręcza.

Mając jeszcze drugie piętro do opisania, tj. szkołę zachowawczego leczenia zębów, znowu powrócić muszę do tego widocznie ogólnego błędu tutejszego instytutu, tj. do braku dostatecznéj desinfekcyi, z tą różnicą, że tu prof. Miller pilną zwraca w tym kierunku uwagę, ale mimo to i tu zdarzało mi się widzieć przez niedbalstwo pp. asystentów i pod ich okiem pracujących słuchaczy ohydne brudu skutki. Wstręt istotnie przejmuje, gdy się widzi, że wydostają pulpę zębową nieodwietrzonemi haczykami; zaschła krew poprzedniego chorego na narzędziach nie jest rzadkiem zjawiskiem. Nikt prócz prof. Millera nie zadaje sobie trudu, zwracać na to ciągłą i pilną uwagę, a raz do takiego postępowania skoro się kto przyzwyczai, z pewnością późniéj odzwyczaić będzie mu się trudno i to co dziś robi na klinicznych pacyjentach, daléj w prywatnéj praktyce wykonywać będzie. Gdyby nie ten tak wielki i doniosły błąd, możnaby tu wszystko uważać za beznaganne i stojące na wyżynie tegoczesnych wymagań, ale błąd ten na każdym punkcie prześladuje i uczy, jak postępować nie należy. Sam Zakład nie przedstawia nic do życzenia. W trzech obszernych pokojach znajduje się 40 stołków operacyjnych, od 12 do ½ do 4 w zimie, od 1 do 4 w lecie przyjmuje się chorych. Wszystkie stołki zajęte; dostateczny materyjał daje sposobność wyćwiczenia się we wszystkich rodzajach plomb, rozpoznawaniu i leczeniu konserwatywnem chorób zębów. Przez 3 pierwsze dni tygodnia prof. Miller, a w następnych prof. Paetsch wraz z asystentem drem Dumontem i lekarzem dentystą Jungiem czuwają nad pracującymi, radą i czynem pomagając takowym. Kurs ten dla każdego trwa po 3 dni tygodniowo, kto zaś przez cały tydzień pracować pragnie, płacić musi podwójne czesne. Kiedy już o tem mowa, nadmienić muszę, co mniéj lub więcéj kosztuje tu półroczna nauka w Instytucie, licząc tylko praktyczne wykłady, tj. kurs plombowania 50 marek, kurs wyrywania 50 marek i pracownia techniczna 120 marek — więc razem z immatrykulacyją na pół roku zapłacić potrzeba 270 marek. Na tem jednak nie koniec; tak do plombowania jak i pracowni technicznéj zakupić trzeba odpowiednie narzędzia, co wynosi przeszło 200 marek. Najskromniéj więc rachując, sama nauka do 500 marek za jedno półrocze kosztuje. Cyfra ta jest minimalną, bo dzień w dzień formalnie siać się musi markami, gdy tego lub owego braknie i natychmiast zakupić potrzeba.

Zapisujący się do tutejszéj szkoły dentystycznéj nie potrzebują mieć egzaminu dojrzałości; wystarcza świadectwo do ostatniej klasy gimnazyjalnéj lub realnéj. Studyja trwają lat 3, poczem składa się egzamin. Ten przeciąg czasu można według ustawy dwojako przepędzić, albo być uczniem zwyczajnym przez 6 półroczy w Uniwersytecie, albo 1 rok pracować należy praktycznie u dyplomowanego lekarza-dentysty, a tylko na 4 półrocza być zapisanym. Do egzaminu dopuszcza Ministeryjum oświaty, a nie władza uniwersytecka i wymaga, aby każdy miał co najmniéj: 1 kurs anatomii opisowéj, 1 chemii, 1 fizyki, prócz ściśle dentystycznéj natury przedmiotów, jak 1 kursu nauki wyrywania zębów, 2 plombowania i 2 pracowni technicznéj. Egzamin trwa 6—8 tygodni, a podzielony jest na następujące części: I) obejmuje przedmioty przygotowawcze, jak anatomię, fizyjologię, chemię, II) wyrywanie zębów i choroby jamy ust, III) technikę i plombowanie, a IV) państwowa ostateczna jest teoretycznem powtórzeniem poprzednich.

Jak już nadmieniłem, są w Zakładzie zastępcy fabryk narzędzi dentystycznych. Najbardziéj renomowaną po Ash-Sohn, jest berlińska firma Paul Buss, dostarczająca wszelkich przyrządów Uniwersytetowi dla Instytutu, a ostatnie miejsce zajmuje firma Simoni, która ma wprawdzie najdroższe, ale za to najgorsze narzędzia. W całym Instytucie chorzy płacą li tylko za zużyte materyjały, co jednak dość pokaźne sumy wynosi. I tak np. za jedną plombę złotą płaci się 3 marki, za amalgamową lub cynową 2 marki, a cementowe po 1 marce opłacane bywają. Tak samo rzecz się ma na dole w pracowni technicznéj i w dziale prof. Buscha. W ten sposób ambulatoryjum opłacać musi całkowicie to, co Instytut zużywa, więc i te materyjały, które uczniowie dla ćwiczenia spożytkowują.

Mniéj lub więcéj byłoby to wszystko, co się pokrótce da powiedzieć o tym najsławniejszym w Europie Zakładzie dentystycznym. I jak z jednéj strony można wyrobić sobie przekonanie, że Zakład ten daje w obec obfitości materyjału, dostatecznego doboru przyrządów i uprzejmości tak pp. profesorów jak i asystentów, sposobność do gruntownego wykształcenia się w sztuce dentystycznéj, tak z drugiéj strony ma on jeszcze wiele kardynalnych błędów, mianowicie pod względem braku nauczania i przyswajania sobie czystego postępowania przy wszystkich rękoczynach. Drugim błędem jest szczupłość pomieszczenia, nie odpowiadającego ani liczbie pracujących ani i ich wygodzie.

Noszą się tu z myślą wybudowania gmachu, mającego pomieścić szkołę dentystyczną, a wtenczas przyjeżdżający nie będą doznawali tego rozczarowania, jakie się ma dziś, gdy zamiast pięknego gmachu, którego po Berlinie spodziewaćby się należało, widzi się brudną kamienicę, niepozornie w szeregu innych stojącą. Może też nie będziemy potrzebowali wtedy szukać nauki po za krajem, bo i w Krakowie myśl założenia szkoły dentystycznéj od dawna kiełkuje, a kto wie, czy nie zadługo w czyn się nie zamieni. Stan rzeczy, jaki dziś u nas pod tym względem panuje, dłużéj trwać chyba nie może. Rok rocznie pojawiają się u nas lekarze-dentyści, rekrutujący się z niedoszłych doktorów medycyny, praktykują i używają tych samych praw co ci, którzy, albo przedtem ukończyli całkowicie Wydział lekarski, albo złożyli egzamina na lekarza-dentystę za granicą. Jest to po prostu nadużycie, a przyczyną jego jest brak szkoły, któraby dawała możnosć zupełnego wykształcenia się w sztuce dentystycznéj i osiągnięcia przez egzamin praw wolnego praktykowania. Tu w Berlinie wolno tym tylko obcokrajowcom przystępować do egzaminu, którzy byli słuchaczami Uniwersytetu z językiem wykładowym niemieckim. Więc wycho-

wańcy naszego Uniwersytetu nawet tu za granicą absolutnie dyplomu lekarza-dentysty uzyskać nie mogą. Częste to przypadki, że ludziom, dentystyczną praktyką już się zajmującym, nagle praktyka ta przez władze odbieraną bywa. Miejmy nadzieję, że z biegiem czasu stosunki się poprawią, a potrzeby założenia polskiéj szkoły dentystycznéj chyba dowodzić nie potrzeba.

Berlin, w listopadzie 1891

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 grudnia. Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski zastanawiał się nad przedłożonemi planami gmachu, stanąć mającego na gruncie szpitala św. Łazarza na Grzegórzkach a przeznaczonego dla pomieszczenia zakładów dla anatomii patologicznéj, patologii ogólnéj i doświadczalnéj, medycyny sądowéj, fizyjologii i farmakologii, którego budowa rozpocznie się na wiosnę; następnie zamianował Dra Adama Langiego drugim asystentem przy klinice okulistycznéj na 2 lata, a Dra Stanisława Krasowskiego drugim elewem przy klinice chirurgicznéj na rok jeden.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. w dniu 2 b. m. odbytem, delegowano do Komisyi przem. lek. Dra Śliwińskiego w miejsce nieobecnego prof. Jaworskiego. Następnie przedstawił prof. Obaliński 3 odłamki cewników miękkich gumowych wydobytych przez siebie z pęcherza i zwrócił uwagę na łatwą łamliwość tychże. W dyskusyi zabierali głos doc. Bosowski, Zarewicz i prof. Mars. Wreszcie wygłosił Dr. Opieński rzecz o obecności kwasów żółciowych w moczu tak fizyjologicznym jak i patologicznym. W dyskusyi przemawiali prof. Gluziński, Dr. Wojtaszek i prelegent.

* Ustawa o Izbach lekarskich przyjętą została bez zmian i przez Izbę wyższą Rady Państwa we Wiedniu po pięknem przemówieniu prof. Billrotha, który przy téj sposobności wspomniał o wydanéj przez siebie przed laty książce o nauczaniu i uczeniu się medycyny, przyznając z uznania godną otwartością, że książka ta w swoim czasie z wielu stron i słusznie zaczepioną została. Znakomity chirurg złożył też od tego czasu dowody, że zapatrywania swoje wówczas głoszone zmienił gruntownie.

* Doszedł nas Kalendarz lekarski na rok 1892, wydany przez Dra Polaka, Warszawa 1891. Kalendarz ten, obliczony głównie dla lekarzy praktykujących w Królestwie Polskiem, odpowiada w zupełności swojemu zadaniu. Oprócz spisu lekarzy praktykujących w Warszawie i na prowincyi zawiera spis środków lekarskich, ich ceny, dawki i sposób użycia, rzecz o otruciach, wskazówki terapeutyczne, rzecz o wannach leczniczych (zapewne autor chciał powiedzieć: kąpiele lecznicze), rzecz o niektórych prawodawstwach dotyczących lekarzy, (zapewne ma to znaczyć: o niektórych przepisach prawnych lekarza dotyczących), oraz liczne inne wskazówki praktyczne.

* Jak w latach minionych, tak i tym razem p. Henryk Mattoni w Franzensbadzie rozesłał lekarzom praktycznym bezpłatnie kalendarz kartkowy na rok 1892, piękny i praktyczny, co na uznanie zasługuje.

* Zwracamy uwagę szan. Czytelników „Przeglądu" na ostatnie 2 zeszyty Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj, wydawanych przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie pod redakcyją prof. Korczyńskiego, a mianowicie na zeszyty 4 i 5, traktujące o stwardnieniu tętnic Dra Władysława Biegańskiego w Częstochowie i o zapaleniu płuc włóknikowem ze stanowiska klinicznego przez Dra Oskara Widmana we Lwowie. Obie rozprawy napisane pięknie z uwzględnieniem potrzeb lekarzy praktycznych czynią zaszczyt i autorom i redakcyi i powinny znajdować się w posiadaniu każdego polskiego lekarza.

* Dr. Ryszard Frommel, profesor położnictwa w Erlandze, redaktor rocznika dla położnictwa i ginekologii, zawiadamia nas, że Dr. Franciszek Neugebauer w Warszawie (Leszno 33) podjął się zdawania sprawy z literatury fachowéj rosyjskiéj i polskiéj, i uprasza, aby koledzy, życzący sobie, aby z ich prac zdawano sprawę w roczniku wspomnionym, odbitki tych prac przesyłali Drowi Neugebauerowi.

* W tygodniu 46 (od 15—21 listopada) było w Krakowie małżeństw 17, urodzin 47, skonów 77, z tych z gruźlicy 14, z zapalenia płuc 14, z dławca i płonicy 5, z nieżytu żołądka i jelit 4, z płonicy i duru brzusznego po 2.

* **Rosyja**. Ze sprawozdania Ministerstwa Oświaty za rok 1889 wynika, że ze stopniem lekarza ukończyło: w Dorpacie kandydatów 104, w Moskwie 235, w Kazaniu 67, w Kijowie 109, w Warszawie 59, w Charkowie 168; ze stopniem zaś doktora medycyny: w Dorpacie 28, w Moskwie 8, w Kazaniu, Kijowie i Warszawie po 1; to jest na 648 lekarzy wyszłych z uniwersytetów rosyjskich wypada 11 Drów medycyny, czyli, że stopień ten w uniwersytetach rosyjskich otrzymuje każdy 60-ty, w Dorpacie każdy 4-ty lekarz. Opierając się na téj statystyce „Mosk. Wiadomości" twierdzą, że mieszkańcy prowincyj nadbałtyckich są 50 razy rozumniejsi, pracowitsi i zdolniejsi od rosyjan.

Następujący kandydaci ukończyli studyja w Wydziale lek. uniwersytetu kijowskiego ze stopniem lekarza: Bohdan Knothe, Tadeusz Skrzywan, Wiktor Żwinogrodzki, Antoni Mickelunas, Kazimierz Witowski, Karol Przestępski, Aleksander Lubelski, Józef Tulewicz, Władysław Cieszkowski, Mieczysław Skorupski, Antoni Trzecieski, Ryszard Łuczyński, Wacław Mowkiewicz, Sobiesław Rejpo, Andrzéj Szpigienowicz, Jan Zeidler, Bolesław Walicki i Mamert Rutkiewicz. W Petersburgu zaś obronili rozprawy doktorskie S. Polak i Jan Szawłowski, prosektor w Akademii lekarskiéj.

Dr. J. T.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł profesor medycyny sądowéj Dr. Karol Liman. Urodzony w Berlinie d. 16 lutego 1818 otrzymał tamże stopień doktora w r. 1842, w r. 1861 habilitował się jako docent medycyny sądowéj, w r. 1865 po śmierci wuja swego Caspra mianowany został nadzw. profesorem medycyny sądowéj, fizykiem miejskim i sądowym, późniéj tajnym radzcą lekarskim i przełożonym zakładu sądowolekarskiego. Znakomite w swoim czasie dzieło Caspra opracował w kilku wydaniach a w r. 1869 ogłosił dzieło o wątpliwych stanach umysłowych ze stanowiska sądowego. Przez rząd austryjacki odznaczony został orderem i szlachectwem austryjackiem. W ostatnich latach życia swego stracił na znaczeniu i z powodu jakiejś sprawy sądowéj popadł w niełaskę u rządu swego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 46: Wygodzkiego: Przyczynek do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy metodą Apostoliego; Rabka: Przypadek postępowego kostnienia mięśni (dok.); w *Nowinach Lek.* Nr. 11: Biegańskiego: Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach urazowych; Sroczyńskiego: Kilka słów o prowadzeniu cięcia płatowego celem wydobycia zaćmy twardéj; Wicherkiewicza: Słów kilka o lekowém leczeniu jaglicy; w *Kronice Lek.* Nr. 11: Borysowicza: Siodełkowate odjęcie części pochwowéj macicy; Dzierzawskiego: O t. zw. Periostitis albuminosa; *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj* seryja I, zeszyty 4 i 5 zawierają: Dr. Wł. Biegańskiego w Częstochowie: O stwardnieniu tętnic pod względem klinicznym, in 8-vo, str. 67; Dr. A. Widmana we Lwowie: O zapaleniu płuc włóknikowem ze stanowiska klinicznego, in 8-vo, str. 35.

Redakcyja otrzymała:

J. ZAWADZKIEGO: O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania. (Odbitka z *Kroniki Lek.* 1891), in 8-vo, str. 25 — Dr. Ernest BANDROWSKI: Wykład chemii ogólnéj, Kraków 1891, in 8-vo, str. 242. — Výroční zpráva o činnosti literárního a řečnického spolku „Slavia" w Praze od 1 října 1890 do 30 září 1891, v Praze, in 8-vo, str. 79.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 622. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się ponowny konkurs na posadę III. asystenta bezpłatnego przy klinice chirurgicznéj z opuszczeniem warunków w poprzednim konkursie wymaganych.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10 grudnia 1891.

Kraków dnia 1 grudnia 1891.

Rydel, Prodziekan.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich

W KRAKOWIE 100—2—2

staraniem i nakładem swoim wydało następujące **nowsze** dzieła:

1. *Obaliński.* Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich . . . . 1 złr. 80 c.
2. *Zuliński.* Higijena szkolna . . . . 1 „ — „
3. *Dujardin Beaumetz.* Higijena żywienia . . . 2 „ — „
4. *Wiczkowski.* Podręcznik do rozbioru moczu . 2 „ 85 „
5. *Smoleński.* Hydroterapija (II wydanie) . . . 2 „ 50 „
6. *Harajewicz.* O leczeniu gimnastycznem chorób niewieścich sposobem Thure Brandta . — „ 40 „

Powyższe dzieła są do nabycia w księgarni S. A. Krzyżanowskiego, we wszystkich znaczniejszych księgarniach oraz w Zarządzie Wydawnictwa (Kraków ul. św. Krzyża l. 3).

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 12 Grudnia 1891. Nr. 50.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saints Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Epidemija różyczki (*rubeola*) i odry w bezpośredniem po sobie następstwie. Kilka słów o różyczce i wysypkach podobnych do skarlatyny.

Odczytane na posiedzeniu warszawskiego Tow. lekarskiego dnia 17 listopada b. r.

Napisał
Dr. Julijan Kramsztyk w Warszawie.

Jakkolwiek w ostatnich czasach uznają ogólnie różyczkę[1]) (*rubeola*) za chorobę samoistną, dotąd jednak nietylko lekarze nie zajmujący się specyjalnie chorobami dzieci nie rozpoznają jéj częstokroć właściwie, ale nawet tak doświadczony pedyjatra, jak Henoch, uważa ją tylko za lekką odmianę odry.

W literaturze niemieckiéj, francuzkiéj i angielskiéj w ostatnich czasach znajdujemy liczne opisy epidemii téj choroby, wykazujące stanowcze różnice, jakie zachodzą między nią a odrą. U nas, z wyjątkiem kilku spostrzeżeń, o których wspomnę następnie, nic, o ile mi wiadomo, o téj chorobie nic pisano, a jak sądzę, rozpoznają ją w ogólności bardzo rzadko. Przyczynę tego wyjaśnić można przedewszystkiem podobieństwem, jakie w saméj rzeczy istnieje między odrą a różyczką, trudnością rozpoznania téj choroby w razie sporadycznego jéj wystąpienia i błędnem pojęciem, jakoby dwukrotne przebycie odry nie należało do rzadkości, jak to przypuszczamy w ogóle co do innych chorób wysypkowych, zwłaszcza co do ospy i skarlatyny.

Przyznać muszę, że jakkolwiek tak w szpitalnéj, mianowicie zaś ambulatoryjnéj praktyce, jakoteż przeważnie w praktyce prywatnéj częstokroć i dawniej spotykałem przypadki różyczki mniéj lub więcéj epidemicznie występujące, dopiero opisy epidemii téj choroby, ogłaszane liczniéj w ostatnich czasach, jakoteż szczególniéj liczne przypadki, w których dwie wspomniane wyżéj choroby, różyczka i odra, spostrzegałem występujące po sobie w krótkich bardzo odstępach czasu u tychże samych osobników, przekonały mnie, że istniejące między niemi różnice są bardzo wydatne i że poprzednio częstokroć myliłem się w rozpoznaniu, uważając różyczkę za lekką odrę.

Pomimo, że posiadamy kilka dokładnych opisów epidemii różyczki z ostatnich czasów (w Lipsku, Frankfurcie, w Grazu, Ohio i innych), sądzę, że nie będzie zbytecznem podać opis epidemii, jaką dwukrotnie miałem możność spostrzegać w Warszawie, tembardziéj, że jednoczesne prawie wystąpienie jednéj z nich z odrą stanowić będzie jeden więcéj dowód samodzielności, specyficzności téj choroby. Ta ostatnia okoliczność tem bardziéj zasługuje na uwagę, że, jak z przeglądu literatury téj choroby przekonać się mogłem, podobne bezpośrednie prawie występowanie odry po różyczce bynajmniéj nie jest rzadkością, tak dalece, że przypuszczać byłbym skłonny, że przebycie różyczki czyni organizm do pewnego stopnia wrażliwszym, usposobionym do przyjęcia zarazka odry, o ile epidemija téj ostatniej choroby w danem miejscu panuje.

Właściwe stanowisko w nauce zajęła różyczka dopiero w ostatniem dziesięcioleciu. Monografija Thomasa[1]) z r. 1869 i praca Squirego i Cheadlea[2]), przedstawiona na kongresie londyńskim w r. 1881, wykazała stanowczo, że jest to wysypka *sui generis*, niezależna zupełnie od odry, a tembardziéj od płonicy, za którą również dawniéj uchodziła. Od czasu tych prac dopiero datują się dokładne opisy epidemij różyczki w literaturze europejskiéj i amerykańskiéj.

W ostatnim zeszycie *Jahrbuch für Kinderheilkunde* znajdujemy pracę Wł. Gumplowicza[3]), w któréj po opisie epi-

[1]) Słownik terminologii lekarskiéj polskiéj tłómaczy *rubeola* przez kur, ze względu jednak, że w niektórych okolicach u nas odrę nazywają kurem, a w pracach, opisywanéj choroby dotyczących, autorowie również używają przeważnie nazwy różyczka, uważałem za właściwe pozostać przy tym terminie.

[1]) *Beobachtungen über Rötheln. Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F. Bd. II. — [2]) *Internat. Med. Congress*, London, 1881. — [3]) *Casuitisches und Historisches über Rötheln. Jahrbuch für Kinderheilkunde*, N. F. Bd. XXXII, 1891.

demii w Grazu w klinice Eschericha, znajdujemy dokładny bardzo przegląd historyczny, okazujący, jakie stanowisko zajmowała różyczka w literaturze lekarskiéj i jakim zmianom w ciągu całego stulecia pojęcia o niéj uległy, aż do czasu wspomnianych wyżéj prac, wyznaczających jéj właściwe miejsce wśród chorób zakaźnych, wysypkowych. Z pracy téj pozwolę sobie w skróceniu tak dla całości obrazu, jakoteż głównie ze względu, że chciałbym również dodać kilka słów o wysypkach lekkich, podobnych do szkarlatyny, o jakich autorowie dawni częstokroć wspominają, podać następujące szczegóły.

W końcu 18 ego wieku, jak to widać z tłomaczenia nozologii lekarskiéj Cullena w r. 1786, wyraz *Rubeolae* lub *Roseolae* użytym bywa w trojakiem znaczeniu: raz jako odra, drugi raz jako różyczka właściwa, trzeci raz jako szkarlatyna.

Niektórzy autorowie (Selle r. 1786) odróżniają *scarlatina miliaris* jako samodzielną, różną od zwykłéj skarlatyny postać choroby i téj nadają nazwę *rubeolae*, inni (Ziegler 1787) sądzą, że rozróżnienie stanowcze różyczki i szkarlatyny przedstawia znaczne trudności. Z opisu epidemii przez Formeya w r. 1784—1795 pod nazwą *Rötheln*, która zabrała 1080 ofiar w samym Berlinie, domyślеć się łatwo, że tak nazywał on epidemiję silnéj płonicy. Jakkolwiek niekiedy rozróżniano już te trzy oddzielne postacie chorobowe, Ueberlacher w r. 1803 utrzymuje stanowczo, że oddzielna forma *rubeola* u ludzi nie istnieje. Heim uważa różyczkę za chorobę wysypkową, któréj podobnie jak odrze towarzyszy wysypka plamista, nie różniąca się wszakże co do istoty swéj od szkarlatyny, a Hufeland w r. 1811 również uważa różyczkę za *scarlatina pustularis s. miliaris*. Metzger w r. 1784 rozróżnia odrę prawdziwą i fałszywą (*falsche und unechte Masern*), przez którą to ostatnią rozumie *rubeolae*. Willan (1806) rozróżnia *rubeola sine catarrho* jako odmianę odry. Odtąd tak w podręcznikach pedyjatrycznych jak i czasopismach lekarskich znajdujemy różyczkę zaliczaną już to do odry, już do szkarlatyny. Rilliet i Barthez (1844) widzieli jeden tylko przypadek „o d r y f a ł s z y w é j“ u dziecka, które odrę prawdziwą przebyło, a Bednar, doświadczony i zasłużony pedyjatra, opisuje tę chorobę w rozdziale o skarlatynie pod nazwą *scarlatina rubeolosa*. Za samodzielną chorobę w znaczeniu, jak ją dziś pojmujemy, przez cały ten czas różyczki nie uważano aż do wyżéj wzmiankowanéj pracy Thomasa z r. 1869. W ostatnich kilku latach znajdujemy w czasopismach pedyjatrycznych kilka dokładnie spostrzeganych opisów epidemii różyczki, które wykazują stanowczo samodzielny jéj charakter, zupełną niezależność od odry, a tem bardziéj od skarlatyny tak, że przebycie jednéj z tych chorób bynajmniéj nie chroni od różyczki, daléj jéj nieulegającą wątpliwości zaraźliwość, łagodny w ogólności przebieg i brak chorób następowych. Tu należą opis epidemii różyczki w zakładzie wychowawczym „Smolna“ w Petersburgu przez Neumanna[1]), dotyczącéj 119 uczennic, epidemija w Frankfurcie przez Rehna[2]) w r. 1888, dotycząca 40 przypadków, między któremi były 2 osoby dorosłe, 2 epidemije w Grazu, jednę z r. 1886, dotyczącą 30 przypadków przez Tschmammera[3]) i drugą w wyżéj wzmiankowanéj pracy Gumplowicza. W ostatnich jednak jeszcze czasach opisuje Filatów[4]) jako samodzielną postać chorobową, odmienną od zwykłéj różyczki *rubeola scarlatinosa* u 7-ga dzieci, u których obok wysypki podobnéj do skarlatyny, żadnych objawów ogólnych ani zajęcia gardła, łuszczenia itd. nie było.

[1]) *Oesterreichische Jahrb. f. Pediatrik*, IV Jahrg., 1874. — [2]) *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1889, N. F. Bd. XXIX, str. 282. — [3]) *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1889, N. F. Bd. XXIX, str. 372. — [4]) *Archiv f. Kinderheilk.* 1886.

W naszéj literaturze znalazłem jeden opis epidemii téj choroby w Warszawie w roku 1848 przez Majewskiego[1]). Autor, podając sprawozdanie roczne z rozpraw nad panującemi chorobami, w ten sposób ją opisuje: „Do rzadszych epidemij policzyć należy panujący w r. z. kur (*rubeola*), który nastąpił po skarlatynie w miesiącu lutym i tak się rozpowszechnił, że wiceprezes znalazł w jednym domu czworo dzieci nim dotkniętych. Wysypka to szczególna, o któréj powiedzieć można, że ma dwie twarze: przypatrując się jéj z jednéj strony widzimy wielkie podobieństwo do odry z powodu katarowego zajęcia oczu, nosa i piersi; spostrzegamy tu również na ciele małe, czerwone, odosobnione plamki; nieco jednak większe niż w odrze. Z drugiéj strony uważana przedstawia podobieństwo do skarlatyny z przyczyny zapalenia gardła. Prezes uważał nawet w jednym przypadku nabrzmienie gruczołów podszczękowych i *parotitis* zupełnie tak jak w skarlatynie, od któréj jednak różni się, że w kurze plamy są małe, puls nie jest tak przyspieszony i nie ma takiego łuszczenia skóry. Owszem plamki te zwykle w pięć dni po wystąpieniu nikną bez wyraźnego łuszczenia; podobne epidemije opisane już były przez dawniejszych lekarzy; zeszłoroczna należała do bardzo łagodnych, zwykle do jéj wyleczenia wystarczał spoczynek, ciepłe zachowanie się i ostrożność w jadle. Daléj kilkanaście przypadków Sznabla[2]) z r. 1873, w których rozpoznanie wahało się między odrą, skarlatyną, a różyczką, a w których po łagodnym bardzo, prawie bezgorączkowym przebiegu występowało silne swędzenie skóry i obrzmienie gruczołów limfatycznych szyjowych, podszczękowych i zausznych.

Nakoniec trzy przypadki różyczki poprzedzające odrę, obserwowane przez Wolberga[3]), wyczerpują dostępną mi literaturę polską, dotyczącą tego przedmiotu.

Zanim przystąpię do opisu przypadków spostrzeganych przezemnie, chciałbym zwrócić uwagę na pewną okoliczność, którą nawet autorowie większych monografij przeoczają, jakkolwiek przy bliższem rozejrzeniu się w literaturze przedmiotu okazuje się, że nie jest ona bynajmniéj bardzo wyjątkową. Mam tu na myśli wzmianki autorów od najdawniejszych, aż do najnowszych czasów o częstem bardzo występowaniu po sobie dwóch chorób zakaźnych, odry po różyczce, tak w przypadkach sporadycznych, jak i w epidemijach.

Jakkolwiek znane są opisy jednoczesnego przebiegu chorób wysypkowych wkrótce po sobie następujących, u tychże samych osobników, a nawet jednocześnie, są to jednak bardzo rzadkie i odosobnione przypadki, o przebyciu zaś odry bezpośrednio po różyczce tak często znaleźć można wzmianki, że okoliczność ta zwrócić powinna na siebie uwagę.

Już Metzger[4]) nie nazywając choroby właściwem imieniem mówi, że podczas epidemii w r. 1781 u wielu natychmiast po przebyciu fałszywéj odry (*rubeolae*) występowała odra prawdziwa.

[1]) Epidemija kuru w Warszawie w r. 1848 Pam. Tow. lek. I, XXIII, 1850, 2 p. str. 21. — [2]) *Rubeola? scarlatina? morbilli?* Pam. Tow. lek. I, LXIX, 1873, str. 304. — [3]) „Gazeta Lek.“, 1885, Nr. 27. — [4]) Cytowane u Gumplowicza l. c. str. 275.

Hufeland[1]) opisuje dokładnie epidemiję odry w Weimarze w latach 1786 i 1787 występującą wkrótce po różyczce. „Widziałem, mówi on, wiele szczególniej małych dzieci, ulegających wszystkim objawom odry: na twarzy, szyi, rękach i nogach występowały plamy w znacznéj ilości, nie dosięgając znacznego stopnia czerwoności i nie wznosząc się nad poziom skóry. Gorączka trwała około trzech dni z kichaniem, bólem głowy i szyi, ale bez kaszlu, tego charakterystycznego objawu odry. Były one potem zupełnie zdrowe, plamy znikały po kilkodniowem trwaniu. Dwa, trzy lub cztery tygodnie potem zapadały one znowu na gorączkę znacznie silniejszą, połączoną ze śpiączką, oczami zaczerwienionemi, łzawiącemi, niepokojem, do których dołączał się wierny towarzysz odry — kaszel. Po trzech dniach występowały liczne bardzo plamy odrowe na całem ciele, wznosiły się szybko, zamieniając się częstokroć na pęcherzyki prosówkowe (*Morbilli miliares*). Gorączka trwała w dalszym ciągu po wystąpieniu wysypki, aż do łuszczenia, następującego we właściwym czasie i choroba kończyła się.

Vogel[2]) w Ratzeburgu w r. 1875 widział również epidemiję nieprawdziwéj odry, dzisiejszéj różyczki, niechroniącéj od przebycia prawdziwéj odry tak, że ta ostatnia często wkrótce po różyczce występowała. U jednego chorego następstwo to miało miejsce tak prędko, że rożnicę między temi chorobami można było dokładnie zauważyć.

Podobnież Willan[3]) w roku 1799 i późniéj widział przypadki silnéj odry (*rubeola vulgaris*), występujące w cztery dni po przebyciu różyczki (*rubeola sine catarrho*).

Po dłuższéj przerwie znajdujemy znowu w ostatnich czasach podobne spostrzeżenia u autorów, którzy dwie te choroby stanowczo już rozróżniają, a różyczkę za samodzielną chorobę uznają. Thomas[4]) opisuje dwa przypadki odry u jednego rodzeństwa w trzy tygodnie po różyczce. Wolberg[5]) u trojga dzieci jednego rodzeństwa różyczkę, która rozpoczęła się w kwietniu d. 11 resp. 26 i 29, a w trzy tygodnie potem w maju dnia 7 resp. 17 i 18 w tym samym porządku u tychże dzieci wystąpiła odra. Budde[6]) widział też same choroby w krótkim po sobie następstwie u tegoż samego osobnika. Genser[7]) nakoniec opisuje trzy przypadki, w których odstęp czasu między wystąpieniem jednéj wysypki i drugiéj był jeszcze znacznie mniejszy. Różyczka wystąpiła u nich dnia 29 kwietnia resp. 17 i 18 go maja, a odra u jednego w 7, u drugiego w 3, u trzeciego w 4 dni późniéj, mianowicie 6 resp. 20 i 21 maja. Widowitz[8]) z Grazu opisuje dwa przypadki, w których po 9 resp. 12 dniach po wysypaniu różyczki wystąpiła odra, przyniesiona przez trzecie dziecko ze szkoły do domu, w którym dwoje młodszych dzieci różyczką dotknięte były. Tu wreszcie zaliczyć należy i dwa przypadki Kassowitza[9]), jak to słusznie czyni Genser, jakkolwiek sam autor w późniejszéj pracy dopiero przyznał specyficzność różyczki.

Spostrzeżenia moje dotyczące różyczki pochodzą wszystkie z praktyki prywatnéj. Oprócz epidemij téj choroby, obserwowanych przez innych autorów w zakładach wychowawczych, wszystkie prawie spostrzeżenia pochodzą również z prywatnej i ambulatoryjnéj praktyki. Przebieg łagodny choroby i brak prawie zupełny powikłań, sprawiają, że w szpitalach wcale się tych chorych nie spotyka. Również w domach ludzi biednych rzadko bardzo lekarz ma możność spostrzegania różyczki. Jedynie ludzie zamożniejsi, doglądający pilnie swoich dzieci i zwracający uwagę na wszystkie lekkie nawet objawy chorobowe, wzywają lekarza natychmiast po ukazaniu się wysypki. Stanowi to jednocześnie jedną z przyczyn, dla których lekarze nie mający sposobności poznania się z tą chorobą w szpitalu, nie rozpoznają jéj częstokroć właściwie.

Od czasu, kiedy zwróciłem bliższą uwagę na różyczkę i zacząłem notować odnośne przypadki i należy dodać właściwie ją rozpoznawać, widziałem razem przypadków 88, a mianowicie:

w r. 1888	14	w r. 1890	43
„ 1889	8	„ 1891	23

Sporadyczne przypadki różyczki zdarzało mi się w tym czasie spotykać w różnych porach roku, dwa razy wszakże przyjęła ona charakter epidemiczny, mianowicie w styczniu roku 1890 i w listopadzie i grudniu tegoż roku.

Nie twierdzę bynajmniéj, jakoby w tym właśnie czasie epidemija różyczki była najsilniejszą w Warszawie, ale rozwinęła się ona raz na pensyi, do któréj uczęszczało kilka moich pacyjentek, a te do domów swoich i rodzeństwa chorobę swą przeniosły; drugi raz rozwinęła się ona śród grona mniejszych dzieci, zbierających się wspólnie na zabawy froeblowskie, a te podobnież rozniosły ją do swoich domów i domów spokrewnionych, posiadających mniéj lub więcéj znaczną ilość dzieci, w których wszystkie najlżejsze nawet objawy chorobowe mam możność obserwować od samego początku choroby. Pierwsza z tych epidemij zasługuje głównie na uwagę ze względu, że w czterech domach, w których się pojawiła i dotknęła razem 12 dzieci, wszystkie one przeszły wkrótce potem w odrę. Ta ostatnia rozwinęła się u nich w 3—8 dni po różyczce.

Nie chcąc zbytnio rozszerzać artykułu niniejszego, nie mam zamiaru opisywać szczegółowo ani objawów, ani przebiegu tych epidemij, tem mniéj, że nie różniły się one w ogólności od licznych w ostatnich czasach opisów w innych miejscowościach, a z krótkich historyj chorób w tych przypadkach, w których występowała ona jednocześnie z odrą, łatwo będzie przedstawić sobie obraz i charakter choroby.

Z ogólnéj liczby 88 dzieci było chłopców 38 i 50 dziewcząt. Przewaga płci żeńskiéj zależy prawdopodobnie od tego, że choroba początek swój wzięła na pensyi żeńskiéj. Co do wieku również w spostrzeganych przezemnie przypadkach przeważa z tegoż samego powodu liczba dzieci starszych, jakkolwiek i bardzo małe dzieci niżéj roku od choroby téj bynajmniéj nie były wolne o tyle, o ile znajdowały się w domach, w których choroba panowała. W ogóle zaraźliwość różyczki jest bardzo znaczną tak, że w rodzinach, w których się choroba pojawiła, zaledwie kilka razy widziałem, że któreś z dzieci jéj nie uległo. U dzieci młodszych niż półrocznych nie widziałem różyczki ani razu.

Według wieku było: od $1/2$—1 roku 7, od 1—3 lat 9, od 3—5 lat 6, od 5—7 lat 28, od 7—10 lat 22, od 10—13 lat 16.

Dnia 4 stycznia 1890 r. wezwany zostałem do 12-letniéj Ewy K., którą zatrzymano w łóżku z powodu wysypki na

[1]) Cytowanem Gumplowicza l. c. str. 275. — [2]) Cytowane z Gumplowicza l. c. str. 276. — [3]) l. c. str. 277. — [4]) l. c. str. 254. — [5]) l. c. — [6]) Referat w Jahresb. Virchowa i Hirscha XVII Jahrg. — [7]) *Rötheln und Masern in unmittelbarer Aufeinanderfolge. Jahrb. f. Kinderheilk.* 1888, str. 420. — [8]) *Ein Beitrag zur Frage der Selbstständigkeit der Rötheln. Wr. m. Presse.* 1890, Nr. 45. — [9]) *Ueber einige seltenere Vorkommnisse der Masern. Oesterr. Jahrb für Pediatrik.* 1874.

całem ciele, jakkolwiek pacyjentka czuła się zdrową i nie chciała pozostać w łóżku, od dwóch dni kaszlała cokolwiek. Ciepłota 38·4°, p 92. Na twarzy liczne gęsto bardzo umieszczone jasnoróżowe drobne plamki, w wielu miejscach łączące się ze sobą za pomocą wydłużonych pasemek, nieco nad powierzchnię skóry wzniesione. Na policzkach z każdéj strony nosa, niektóre z nich są znacznie większe, dosięgają wielkości soczewki, purpurowo czerwone. Na kończynach górnych i dolnych plamy są podobne, jakkolwiek nieco mniéj liczne, na piersiach i plecach drobniejsze i jaśniejsze. Błona śluzowa gardziela nieco zaczerwieniona, migdałki nie powiększone. Język lekko obłożony. Oddech pęcherzykowy, nie zaostrzony. Jakkolwiek obraz podobnym był do lekkiéj odry, już pierwszego dnia przypuszczałem, że mam do czynienia z różyczką, z powodu braku wszelkich zwiastunów choroby, braku silniejszych objawów kataralnych i dobrego stanu ogólnego. Wiecz. c. 38·2°.

5 stycznia. Stan ogólny dobry, spała dobrze, nieznaczny katar nosa, nie kaszle. Wysypka na twarzy znacznie bledsza, również na kończynach górnych; na grzbiecie i pośladkach silniejsza niż wczoraj, plamy gęstsze i wypuklejsze zlewają się ze sobą, pozostawiając jednakże zawsze w odstępach skórę zupełnie normalną, c. 37·8°. Wiecz. 38°.

6. Wysypka znacznie bledsza, zwłaszcza na twarzy i na kończynach górnych, na łydkach i stopach widoczne świeże plamki mniéj gęste i jaśniejsze niż wczorajsze. Stan ogólny zupełnie dobry, bezgorączkowy.

7. Wysypka prawie zupełnie znikła, pozostawiając zaledwie ślady w postaci bladych plamek. Łuszczenia w następstwie nie było wcale.

W dwa dni późniéj 6 stycznia zachorowała na podobną wysypkę 11 letnia siostra poprzedniéj, Zofija. Choroba miała przebieg również łagodny, wysypka rozpoczęła się na twarzy, gdzie jednak plamy pojedyńcze były mniejsze, bledsze nieco niż u siostry. W ciągu dwóch dni wysypka znikła w zupełności również bez śladów łuszczenia. Błona śluzowa gardziela i łuków była nieco zaczerwieniona.

9 stycznia obie dziewczynki wstały z łóżka, nie przedstawiając żadnych śladów przebytéj choroby. W 3 dni późniéj, d. 12 stycznia, zostałem znowu wezwany do Ewy R., która już poprzedniego dnia wieczorem uskarżała się na lekkie dreszczyki, katar nosa, kaszel i ból głowy. C. 38·8°, p. 126. Na twarzy widać już nieliczne drobne plamki czerwone, jakoteż oddzielne na szyi, piersiach i plecach.

Spojówka lekko zaczerwieniona, błona śluzowa podniebienia miękkiego i gardziela mocno czerwona, oddech nieco zaostrzony, nieliczne rzężenia wilgotne. Następnego dnia na całem ciele wystąpiły liczne plamy. na twarzy, piersiach i plecach znacznéj wielkości, zlewające się, ciemno czerwone. występujące nad powierzchnię otaczającéj zdrowéj skóry. W ciągu następnych dni przy ciepłocie stałéj 39—40° rozwinął się obraz silnéj odry z ostrem zajęciem gardziela, spojówki, katarem nosa, co do rozpoznania któréj żadnéj nie mogło być wątpliwości. Chora leżała w łóżku jeszcze przez 8 dni. Po zniknięciu wysypki pozostało cechujące odrę zabarwienie skóry w miejscach poprzedniéj wysypki i lekkie łuszczenie na całem ciele. W ten sam sposób zupełnie ze słabszym nieco przebiegiem (ciepłota 39—39·5° C.) rozwinęła się odra u Zofii. Po 2 dniach lekkich dreszczyków, kaszlu, łzawienia, wystąpiła wysypka odrowa na twarzy d. 15 stycznia, a następnego dnia na całem ciele. Dnia 22 stycznia wysypka znikła, pozostawiając lekkie zabarwienie skóry, łuszczenie wyraźne. Charakterystyczniejszy jeszcze przebieg dwóch tych chorób miałem możność spostrzegać u czworga dzieci państwa Z. Różyczka i odra występowały tu tak szybko po sobie, że podczas kiedy u jednych odra była w pełni rozwoju, u innych występowała dopiero różyczka tak że różnicę między dwiema temi chorobami najdokładniéj wraz z kol. Sommerem, który kilkakrotnie dzieci te wraz ze mną widział, mogliśmy obserwować. I tu najprzód zachorowała najstarsza Hela, lat 12 licząca, koleżanka z pensyi poprzednio opisywanych sióstr K. (Dok. nast.)

II. Praktyczna przestroga dla używających cewników gumowych t. zw. Nélatonowskich.

Podał

prof. Dr. A. Obaliński.

W przeciągu kilku lat ostatnich wydarzyła mi się po trzykroć sposobność obserwowania i operowania chorych, u których pozostała część kateteru w drogach moczowych.

W pierwszym przypadku wprowadził lekarz chłopcu 12-letniemu kateter gumowy przyniesiony przez felczera z pobliskiego szpitala. Przy wyjęciu okazał się brak $^1/_3$ kateteru, a bliższe badanie wykazało, że brakująca część tkwi w cewce moczowéj tuż przed częścią opuszkową. Guma kateteru była tak zleżałą i kruchą, iż przy zginaniu w palcach teuże się w kawałki łamał. Gdy wszelkie usiłowania wydobycia okazały się bezskutecznemi, zrobiłem nacięcie (*urethretomiam externam*) i wydobyłem dwa obok siebie w cewce zaklinowane kawałki kateteru. Rana zagoiła się prędko i nie pozostawiła po sobie żadnych szkodliwych skutków.

W drugim przypadku kateteryzował lekarz cewnikiem gumowym dla zatrzymania moczu z powodu ostréj rzeżączki. Po wyjęciu kateteru spostrzegł z przerażeniem, że brakuje go z końca przynajmniéj około 9 ctm. Natychmiast przysłanego mi pacyjenta zbadałem cystoskopem elektrycznym L e i t e r a a spostrzegłszy na dnie leżący kawałek cewnika wydobyłem go za pomocą litotryptora.

W trzeciem przypadku otrzymał chory cierpiący na porażenie pęcherza od swego lekarza cewnik gumowy celem odprowadzania sobie samemu moczu. Przy trzeciem użyciu spostrzegł pacyjent brak końca (około $^1/_3$ długości), a wymacawszy go w cewce usiłował sam wydobyć go, przyczem jednak przeciwnie wtrącił go do pęcherza. Z powodu mętnego moczu nie badałem cystoskopem, natomiast z łatwością wyśledziłem ciało obce litotryptorem i po krótkich usiłowaniach wydobyłem.

Jakkolwiek więc ani chorzy przez to nie doznali szwanku, ani też wydobycie pozostałych kawałków nie przedstawiało zbyt wielkich trudności, to jednak zdarzenie takie uważać należy za nader nieprzyjemne tak dla pacyjenta jak i dla lekarza i z tego to powodu uważałem sobie za obowiazek przestrzedz kolegów przed możnością takich zdarzeń, których uniknąć nie tak trudno, jeżeli przed użyciem kateteru gumowego, osobliwie dłużéj nieużywanego lub nawet świeżo nabytego, zbada się jego elastyczność przez rozciąganie w osi podłużnéj.

III. Z kliniki wewnętrznéj prof. Fr. Riegla w Giessen.

O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

Zauważę, że w obu szeregach doświadczeń już makroskopowe badanie treści żołądkowéj wykazywało niejednokrotnie większą zawartość kwasu solnego po przyjęciu pokarmu przez usta i połykaniu śliny, niż przy wprowadzaniu go do żołądka przez sondę: fluorglucynowanilina wykazała w pierwszym razie wolny HCl, gdy go w drugim nie było, papierek Congo niebieszczał, podczas gdy w obserwacyi kontrolującéj kolor jego pozostawał niezmienionym lub zmienionym nieznacznie. Co do pepsyny, to w obu szeregach obserwacyj wybitnych faktów nie widzieliśmy; lecz niejednokrotnie

przesącz żołądkowy po trawieniu ze śliną rozpuszczał krążek białka o ½—3 godzin szybciéj, niż po trawieniu bez śliny. Sticker w swych kilku doświadczeniach miał rezultaty daleko więcéj uderzające; różnica w sprawności trawiennéj przesączu dochodziła u niego do 6—7 godzin. Niezmiernie był ciekawym fakt, że przy raku żołądka (Nr. 1) i raku wątroby (Nr. 9) przesącz w drugiem doświadczeniu (ze śliną) trawił znacznie słabiéj, niż w pierwszym (bez śliny). Fakt ten zgadza się i potwierdza wyniki z badań poprzednich, że żołądek rakowy posiada nader słabą albo i żadną siłę peptyczną; oczywiście przytem i zapas enzymu w takim organie wyczerpuje się nader szybko.

Zwracam uwagę, że obserwowaliśmy jednakowe zjawiska bez względu na jakość próbnego śniadania, czy to była mięszanina krochmalowo białkowa, czy też białko z wodą cukrową, samo surowe białko z wodą albo nareszcie mleko. Po użyciu mleka odczynnik Uffelmanna dawał wyraźne żółte zabarwienie z przesączem żołądkowym; nie widziałem jednak żadnéj wybitnéj różnicy w ilości kwasu mlecznego po spożyciu mleka przez jamę ustną lub też po wprowadzeniu go przez sondę do żołądka i wypluwaniu śliny. Przy użyciu innych prób reakcyja na kwas mleczny była niezmiernie słabą albo nie istniała wcale. Nie widziałem także różnic przy badaniu wessalności błony śluzowéj żołądka osobników normalnych; w tym razie postępowanie moje różniło się nieco od ogólnie przyjętego sposobu. A mianowicie nie dawałem jodku potasu na czczo, lecz w doświadczeniu kontrolującem po wprowadzeniu śniadania próbnego przez sondę wlewałem 0·2 gr. jodku potasu w 15—20 ctm. sz. wody przekroplonéj; zaś w doświadczeniu właściwem po zjedzeniu pokarmu chory szybko połykał tę samą ilość środka w roztworze i natychmiast starannie póty płukał jamę ustną, póki ślina nie przestała wykazywać jodu na papierze napojonym skrobią i zwilżonym kwasem azotowym. W obu doświadczeniach ślina zaczynała stale wykazywać jod dopiero po 10—12 minutach.

A więc uogólniając zjawiska obserwowane u zdrowych i chorych osób konstatujemy, że z małemi wyjątkami i modyfikacyjami u niektórych chorych sprawność ruchowa i wydzielnicza żołądka jest dzielniejszą po przyjmowaniu i przeżuciu pokarmu w ustach i połykaniu go ze śliną, niż w razie wprowadzenia go do żołądka przez sondę i starannego unikania domieszki śliny do treści organu trawiącego. Potwierdzamy tym sposobem obserwacyję i doświadczenie Stickera; nawet dodam, że tak znacznéj różnicy zawartości kwasu solnego w trawieniu ze śliną i bez niej, jak to było w wielu moich doświadczeniach, autor ten ani razu nie obserwował. Zachodzi jednak pytanie, czy liczny szereg naszych doświadczeń z tak pomyślnemi i dodatniemi rezultatami pozwala potwierdzić wniosek Stickera, że ślina sama posiada jakieś tajemnicze znaczenie dla żołądka, pobudzając go do żywszéj i energiczniejszéj działalności?

Bynajmniéj. Sam zbieg zjawisk, że pokarm ze śliną lepiéj zostaje przetrawionym w żołądku, niż pokarm bez śliny, nie dowodzi jeszcze niczego, bo przy urządzaniu naszych doświadczeń wchodziła w grę masa czynników, które należało uwzględnić w wysokim stopniu przy ocenianiu rezultatów badania. Przedewszystkiem nie można było wykluczyć przypuszczenia, że wprowadzenie próbnego śniadania przez jamę ustną porcyjami stopniowo, a przytem ruchy przełyku podniecają same przez się sprawność wydzielniczą i ruchową żołądka; z drugiéj strony i wprowadzenie przez sondę mogło mieć także pewne znaczenie. Sonda sama przez się może drażnić silnie błonę śluzową żołądka: Schreiber[1]) wbrew zdaniu Jaworskiego[2]), Riegla[3]) i t. d. dowodził, że w żołądku czczym znajduje się zwykle pewna ilość czystéj wydzieliny, co wedle innych autorów (Pick[4]), Rosin[5]), A. Hoffmann[6])) możebnem jest tylko wskutek drażniącego działania wprowadzonéj do żołądka sondy. Być jednak mogło, że wpływ podniecający przełykania i żucia pokarmu w jamie ustnéj brał górę nad działaniem drażniącem sondy. Te przypuszczenia musiały się nasunąć tembardziéj, że w niektórych doświadczeniach zauważyłem fakta wcale nie przemawiające za znaczeniem szczególnem śliny dla żołądka. A mianowicie w doświadczeniach, w których chory starannie wypluwał ślinę, treść żołądkowa dawała silne zabarwienie z jodem jako dowód, że skrobia nie uległa wpływowi ptyaliny. Niekiedy jednakże zabarwienia niebieskiego w tych razach wcale albo prawie wcale nie było, oczywiśbie mimo unikania ślina przeszła do żołądka. A jednakże i w tych razach trawienie żołądkowe było mniéj sprawnem, niż w odpowiedniem doświadczeniu z przyjmowaniem pokarmu przez usta i połykaniem śliny.

Nim jednak miałem przejść do szczegółowego rozbioru doświadczalnego tych przypuszczeń i faktów, musiałem przedewszystkiem odpowiedzieć na pytanie, jak się zachowuje trawienie żołądkowe w przypadku, jeżeli robimy dwa doświadczenia bez współudziału śliny, bezpośrednio jedno po drugiem.

(Patrz tablicę III).

W tym razie nie obserwujemy w żadnym z trzech doświadczeń (dwa przerobiłem na sobie samym, jedno na chorym badanym już poprzednio) podobnego zachowania się trawienia, jak to bywa, gdy w pierwszem doświadczeniu wprowadzamy do żołądka pokarm przez sondę i wypluwamy ślinę, a w drugiem przyjmujemy śniadanie przez usta. Nawet do pewnego stopnia obserwowaliśmy zjawisko przeciwnie, gdy po raz drugi pokarm zostaje wprowadzonym do organu trawiącego przez sondę i ślina nie uczestniczy w trawieniu, to w żołądku znajdujemy więcéj treści niż po pierwszem doświadczeniu o kwasocie takiéj saméj, a może nawet niekiedy niższéj. Powstaje jednem słowem pewien niedowład ruchowy żołądka, poddanego po raz drugi trawieniu w nienormalnych warunkach.

Jako najprostszą drogę dla dowiedzenia własności szczególnych śliny uważałem doświadczenia następujące. W pierwszem po wprowadzeniu śniadania przez sondę wlałem 45 centim. sz. śliny zebranéj podczas poprzedniego doświadczenia kontrolującego; w tym jednak przypadku wyciągnąłem po pół godziny więcéj treści i o mniejszéj kwasocie, niż w poprzedniem kontrolującem doświadczeniu bez współudziału jamy ustnéj. A więc rezultat nietylko nie zgadzał się z całym szeregiem obserwacyj poprzednich, ale w zestawieniu z doświadczeniami kontrolującemi wykazywał pewien wpływ ujemny śliny na trawienie. Sądzę, że użyłem zbyt dużo śliny w tem doświadczeniu, w następnych dwóch

[1]) *Archiv. f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie.* Bd. XXIV, s. 365. — [2]) *Wiener med. Wschrft.* 1886, Nr. 49. — [3]) *Zeitschr. f. klin. Medicin* Bd. XI. — [4]) *Prager m. Wschrft.* 1889, Nr. 18. — [5]) *Deut. med. Wschrft.* 1888, Nr. 47. — [6]) *Berl. kl. Wschrft.* 1889, Nr. 12.

Tablica III.

Data	Osoba badana	Śniadanie próbne	Ilość treści	Kongo	Fluorglucy-nowanill.	Jod.	Kwasota	HCl	Pepsyna	Uwagi
20	Dr. B.	20 B + 200 K + 50 W	40	Niebies.	Czerwon.	Mocne	26	0,0570%	2½	Bez śliny
20	„	„	50	„	„	„	20	0,0689	2½	
2	„	„	30	Sł. niebies.	Sł. czerw.	„	12	0,0175	—	
2	„	„	100	„	„	„	13	0,0212	—	
4	Chory Nr. XII	20 B + 150 K + 100 W	50	Niema	Niema	Wyraźne	13	0,0294	2½	
4	„	„	130	„	„	„	11	0,0256	2½	

zmięszałem dokładnie przy pierwszem 15 ctm. sz., a przy drugiem 25 ctm. sz. śliny z próbą krochmalowo-białkową i tak przygotowane śniadanie wlałem sobie do żołądka, wypluwając ślinę przez następne pół godziny. W pierwszym przypadku znalazłem w żołądku treści tyleż, co i w poprzedniem doświadczeniu bez śliny, ale kwasota jéj i zawartość kwasu solnego w przesączu była nieco wyższą; w drugiem zaś, dokonanem na chorym żołądku, ilość treści była jednakową z poprzednią, ale kwasota jéj obniżyła się znacznie. Wbrew temu przypadkowi u innego chorego dodanie aż 40 ctm. sz. śliny do próbnego śniadania wykazało wpływ dodatni na czynność wydzielniczą żołądka, bo kwasota podniosła się z 3 na 16, ilość HCl z 0,0025% na 0,0573% w porównaniu z trawieniem bez śliny. W innem znowu doświadczeniu wprowadziłem sobie przez sondę do wypłukanego żołądka mięszaninę krochmalowo białkową i przez następne pół godziny połykałem ciągle ślinę: znalazłem potem w żołądku tyleż treści, co w doświadczeniu kontrolującem, ale o kwasocie wyższéj.

Wyniki rozbioru chemicznego zestawiam w poniższéj tablicy.

Tablica IV.

Data	Osoba badana	Śniadanie próbne	Ilość treści	Kongo	Fluorglucy-nowanill.	Jod.	Kwasota	HCl	Pepsyna	Uwagi
6	Dr. B.	20 B + 150 K + 100 W	85	Sł. niebies.	Sł. czerw.	Mocne	23	0,0613%	3	We wszystkich doświadczeniach śniadanie próbne wprowadzano do żołądka przez sondę
6	„	Idem + 45 ctm³ śliny	150	„	„	Niema	20	0,0388	3	
7	„	20 B + 150 K + 100 W	80	„	„	Mocne	30	0,0676	2½	
7	„	Idem + 15 ctm³ śliny	80	„	Czerwon.	Niema	31	0,0838	2½	
27	„	20 B + 200 K + 50 W	50	„	Sł. czerw.	Mocne	12	0,0366	2	
27	„	Idem. Połykał ślinę.	50	„	Czerwon.	Słabe	16	0.0454	2	
8	Chory Nr. IV[1]	20 B + 100 K + 150 W	300	Niema	Niema	Wyraźne	3	0,0025	5	
8	„	Idem + 40 ctm³ śliny	300	Sł. niebies.	Sł. czerw.	Niema	16	0,0573	2½	
13	Chory Nr. III[1]	20 B + 200 K + 50 W	130	Niema	Niema	Mocne	7	0,0150	5	
13	„	Idem + 25 ctm³ śliny	130	„	„	Słabe	2	0,0056	5	

[1]) Patrz Tabl. II.

Niewątpliwie doświadczenia te wskazują, że **ślina bezpośrednio może wywierać pewien wpływ na trawienie żołądkowe, a w szczególności, że może podniecać, acz bardzo nieznacznie, sprawność żołądka.** Już starzy autorowie byli przekonani o ważnéj roli śliny dla trawienia w ogóle i żołądkowego trawienia w szczególności, wprawdzie wtedy nie rozróżniano jeszcze dobrze, bo i mało znano, amylolitycznéj roli śliny od jéj wpływu na działalność żołądka. Wright (1844) widział znaczną różnicę trawienia żołądkowego u psów z przewiązanym przełykiem, przez co ślina nie mogła spływać do żołądka, w porównaniu z trawieniem u psów normalnych: w pierwszym przypadku trawienie mięsa odbywało się daleko słabiéj, niż w drugim. Tenże autor opowiadał o sobie, że stracił w przeciągu tygodnia 11 funtów na wadze, zużywszy 250 drachm własnéj śliny do doświadczeń; fakt ten chętnie powtarzają do tego czasu w nauce o fizyjologii i patologii śliny, jako swego rodzaju *curiosum*, nie nadając mu jednakże szczególnego znaczenia. Wright doszedł do wniosku, że „ślina podnieca żołądek przez zetknię-

cie się z nim i pobudza go do żywszéj działalności". Zdanie to podzielał także późniéj Neumann (1860). Frerichs czuł zawsze ciśnienie w nadbrzuszu, brak apetytu itd., wypluwając dużo własnéj śliny do doświadczeń. Bidder i Schmidt spotrzebowali w 11 doświadczeniach na psach z nieruszonemi przewodami ślinowemi 0·38 grm. potasu dla zobojętnienia 100 części przesączu żołądkowego, a w 9 doświadczeniach na psie z przewodami podwiązanemi, tylko 0·365 grm. — dla Malego jest jednak ta obserwacyja czysto przypadkową[1]).

Jeżeli jednak można wyszukać w literaturze kilka faktów i przyczynków do nauki o podniecających własnościach śliny, to objaśnienia tych zjawisk brak natomiast zupełny. Już Sticker starając się objaśnić przynajmniéj obfitsze wydzielanie pepsyny przy trawieniu ze śliną, odrzucił myśl, że idzie tu o dostarczenie organizmowi peptogenów, tj. materyjału dla wytworzenia pepsyny, a którémi wedle Schiffa są przetwory skrobi, względnie dekstryna. W saméj rzeczy i Sticker i ja obserwowaliśmy żywsze trawienie żołądkowe pod wpływem śliny tam, gdzie peptogenów Schiffa zupełnie organizmowi nie dostarczano, przy stosowaniu mięszaniny białkowo cukrowéj lub samego surowego białka. Zwracam uwagę przy téj sposobności jeszcze na jednę okoliczność: jak zauważyłem na samym wstępie, białko z cukrem słabiéj drażni błonę śluzową żołądka niż białko z krochmalem, mimo to, że przy trawieniu ze śliną w przesączu żołądkowym nie można było wykryć skrobi, bo wszystka przeszła w cukier, sprawność wydzielnicza i ruchowa żołądka była żwawszą, niż przy pozostawaniu w nim niezmienionego krochmalu w doświadczeniu bez śliny.

Chociaż mało prawdopodobnem było przypuszczenie, aby ptyalina, wprowadzana ze śliną do żołądka, mogła wywierać wpływ drażniący na żołądek, robiłem jednak w tym kierunku jedno doświadczenie, które zresztą wykluczyło odrazu możność takich własności enzymu ślinowego. Po przeżuciu przez chorego mięszaniny krochmalowo białkowéj i zmięszaniu jéj ze śliną, poddałem tak przygotowane próbne śniadanie działaniu ciepłoty 85° przez 5 minut[2]), zanurzając kolbę z płynem do ogrzanéj odpowiednio wody, a po ostudzeniu wlałem mięszaninę do żołądka. Mimo to, że chory nie łykał w następstwie śliny, w żołądku znalazło się treści mniéj o kwasocie wyższéj (a przesącz dawał przytem wyraźny odczyn z jodem), niż w odpowiedniem doświadczeniu kontrolującem. A więc mimo zniszczenia ptyaliny ślina wywierała na żołądek pewne podniecające działanie.

Podobnież ujemny rezultat dały 2 doświadczenia przerobione na sobie samym i jednym chorym żołądkowym z rodankiem potasu, owym zagadkowym składnikiem śliny, którego znaczenie w organizmie nie jest znanem dotychczas; po wprowadzeniu tego związku raz w ilości 0,004 grm., a drugi 0,005 grm. przez sondę do żołądka razem z mięszaniną krochmalową znalazłem w żołądku treść o téj saméj kwasocie, co i w doświadczeniach kontrolujących bez rodanku potasu. Ogólny rezultat badania był ten sam, jaki widzimy na tablicy III po wprowadzaniu do żołądka raz po raz śniadania próbnego.

Po tych wynikach pozostawał jeszcze jeden punkt do odpowiedzi: czy przypadkiem odczyn specyficzny śliny nie ma znaczenia dla sprawności żołądka? Do rozwiązania tego pytania zabrałem się jednocześnie z drugiem badaniem z powodu nasunięcia się pewnych uwag i przypuszczeń. I dopiero teraz trafiłem na ślad właściwy i doszedłem do należytego zrozumienia i oceny zjawisk, obserwowanych w pierwszych dwóch szeregach doświadczeń, a także zdobyłem pewne nowe fakta, które przedstawiam poniżéj.

Przekonaliśmy się, że sama ślina, domięszana do próby krochmalowo-białkowéj może wywierać podniecający wpływ na trawienie żołądkowe. Lecz wpływ ten nie uwydatniał się w tak silnym stopniu, jaki przyjęcie pokarmu przez usta i połykanie przytem śliny zawsze sprawiało.

W pierwszym i drugim szeregu doświadczeń widzieliśmy, że sprawność ruchowa i wydzielnicza żołądka, wzmagała się w dwójnasób po przyjmowaniu pokarmu przez usta w porównaniu z trawieniem po wprowadzaniu próbnego śniadania przez sondę: ilość kwasu solnego w przesączu rosła z 0,0864% do 0,1998%, z 0,0563% do 0,1127%, na tablicy IV śród pomyślnych doświadczeń widzimy tylko raz wzrost ilości kwasu solnego z 0,0025% na 0,0573%, a oprócz tego tylko z 0,0676% do 0,0888% i z 0,0366% do 0,0454%; na tejże tablicy nie widzimy ani razu zwiększenia siły ruchowéj żołądka pod wpływem śliny, podczas gdy to w I i II tablicy jest prawie stałem zjawiskiem. Musiałem więc dojść do wniosku, że prawdopodobnie nie sama tylko ślina wywoływała znaczny wzrost sprawności żołądkowéj w pierwszych dwóch szeregach doświadczeń. A w tym razie należało koniecznie bliżéj zbadać czynnik, na możebne znaczenie którego już wskazaliśmy: jaki udział w powstawaniu opisywanych zjawisk bierze pobyt pokarmu w jamie ustnéj w doświadczeniach z przyjmowaniem pokarmu przez jamę ustną i połykaniem śliny, moment nieobecny i nieuczestniczący w badaniach z wprowadzeniem próbnego śniadania do żołądka przez sondę.

W tym kierunku udało się zebrać obfity i bogaty plon. Do przerobienia kontrolujących doświadczeń kazałem choremu, lub robiłem to sam, przeżuć niewielkiemi porcyjami mięszaninę krochmalowo-białkową i przeżuty materyjał wydalać z jamy ustnéj a nie połykać: robione zaś to było przez taki sam przeciąg czasu, jakiego osobnik potrzebował przy zwyczajnem przyjmowaniu pokarmu przez usta do żołądka. Przeżuty pokarm wprowadzałem następnie przez sondę do żołądka, zakazując połykać ślinę przez następne pół godziny. Okazało się, że p r z e ż u t y w j a m i e u s t n é j p o k a r m s p r z y j a t r a w i e n i u ż o ł ą d k o w e m u w t y m s a m y m s t o p n i u, j a k g d y b y b y ł w p r o w a d z a n y d o o r g a n i z m u w z u p e ł n i e n o r m a l n y s p o s ó b p r z e z p o ł y k a n i e.

(Patrz tablicę V).

We wszystkich trzech przypadkach i siła ruchowa żołądka i zawartość kwasu solnego i pepsyny w przesączu wzrosła w tym samym stopniu, jak to miało miejsce u tych samych osobników w pierwszym szeregu doświadczeń.

---

[1]) Dane te czerpię z cytowanéj powyżéj pracy Stickera, a także z artykułu A. Schlesingera: *Zur Kenntniss der diastatischen Wirkung des menschlichen Speichels etc. Virchows-Archiv.* Bd. 125, H. 1. — [2]) Według wyników badania mego nad działaniem podwyższonéj ciepłoty na enzymy trawienne, ptyalina ginie już przy 75°. Bliżéj: *„Das Verhalten der Verdauungsorgane bei Temperaturerhöhungen. Aus d. phys. Institute zu Heidelberg. Zeitschr. f. Biologie,* 1891. Bd. XXVIII.

Tablica V.

Data	Osoba badana	Śniadanie próbne	Ilość treści	Kongo	Fluorglucynowanill	Jod.	Kwasota	HCl	Pepsyna	Uwagi
14	Chory Nr. III	20 B + 200 K + 50 W	80	Sł. niebies.	Niema	Wyraźne	12	0,0106	3	Pokarm zawsze wprowadzano do żołądka przez sondę
14	—	Idem, przeżute	40	Niebies.	„	Niema	15	0,0225	2	
5	Chory Nr. XII	20 B + 150 K + 100 W	70	Niema	„	Wyraźne	7	0,0159	3	
5	—	Idem, przeżute	50	Niebies.	Sł. czerw.	Niema	11	0,0360	2½	
3	Dr. B.	20 B + 200 K + 50 W	80	Niema	Niema	Mocne	7	0,0200	2¼	
3	—	Idem, przeżute	70	Niebies.	Czerwon.	Niema	16	0,0548	2	

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Położnictwo.

Kongres francuzki chirurgów w Paryżu.

Druga kwestyja. **Wyniki odległe usunięcia części przydałkowych macicy w zmianach chorobowych nie nowotworowych tegoż organu.**

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Jacobs z Brukseli przedstawia swoję statystykę z jednego roku, tj. 58 operacyj: z tego 49 obustronnych, a 9 jednostronnych. Wyzdrowień notuje 56, śmierci 2, nadto 2 przypadki śmierci późniejszéj. W jednym przypadku *pyosalpinx unilateralis* operowana zaszła w ciążę. Na 31 operowanych liczy 24 zupełnych wyzdrowień, u 4 następowe jeszcze przypady, u jednéj pogorszenie. Z powodu zapalenia jajników na 14 operowanych 14 wyzdrowień. W wielu z tych przytoczonych przypadków według zdania J. należałoby wykonać hysteropeksyję.

Le Dentu wykonał 34 operacyj usunięcia części przydatkowych, z powodu zapalenia jajników, *hydro-haemo-* i *pyosalpinx*. Z tych jeden tylko przypadek śmierci z *peritonitis septica*, z powodu puszczenia podwiązki na kikucie wewnętrznym trąbki. Jedna z operowanych z *ovaritis tuberculosa* jeszcze jest chorą, druga ma przetokę kałową.

Prelegent twierdzi, że wiele z operowanych cierpi daléj bóle, co przypisuje zapaleniu przewlekłemu macicy, a osoby nerwowe trudno do zdrowia powracają. Jako specyjalną zaś przyczynę następowych bolów uważa torbielowate rozdęcie pozostałego kikuta trąbki, przeciw czemu z bardzo dobrym skutkiem stosuje rozszerzanie jamy macicy i przez to wywołane wypróżnienie torbiela. Radzi przeto usuwać trąbki zupełnie.

Terillon wykonał 150 tego rodzaju operacyj. 82 w *salpingitis parench. catarrh.*, 46 w *salpingitis purulenta*, 10 w *haematosalpinx*, 8 w *salpingitis tuberculosa*, 4 w *hydrosalpinx*. Na to 9 zejść śmiertelnych. Na 90 miał 4 przypadki śmierci, 74 wyzdrowień, 12 miało po operacyi przypady następowe, ale nie złośliwe. 4 z nich jeszcze choruje, jedna gruźlicza cierpi zapalenie otrzewnéj téj saméj przyrody. 3 z operowanych po jednéj stronie zaszły w ciążę. Zwraca uwagę na komplikacyję następującą: W czasie od paru tygodni do kilku miesięcy po operacyi można wybadać chełboczące obrzmienie w sąsiedztwie macicy, a próbne nakłucie wydobywa na jaw płyn nie ropiasty, ale natury zapalnéj.

Bouilly przedstawia statystykę 70 przypadków. Zauważył w nich: 1) Powroty zapalenia otrzewny 2 razy po *pyosalpinx*. 2) Powrót bolów 3 razy, u jednéj z powodu krwistka następowego, który operował potem, a u dwóch z powodu nie zupełnego odjęcia części przydatkowych. 3) Upławy u 4 operowanych, które odnosi do zmian patologicznych w błonie śluzowéj macicy, a które radzi usuwać łyżeczkowaniem.

Richelot od 1 stycznia 1889 r. wykonał 170 podobnych operacyj. Uwagi swoje dzieli odpowiednio do grup:

1) *Salpingo-ovaritis lev. gradus, periovaritis adhaesiva.* Wykonywał tę operacyję zazwyczaj u kobiet już pierwéj dla dolegliwości operowanych, czy to łyżeczkowaniem czy też innym jakimś zabiegiem ale bez skutku i miał wyniki dobre. Twierdzenie, jakoby chore operowane z powodu nieznacznych zmian nie miały doznawać ulgi, tłómaczy: 1° niedokładnem usunięciem części przydatkowych małych i pozrastanych, przez co operowane stają się nerwowemi i cierpią bóle wśród regularności, 2° jeżeli operowano osoby dotknięte osłabieniem nerwowem, a których części przydatkowe nie przedstawiają wybitnych zmian anatomicznych. W ogólności wyniki operacyj w tych warunkach nie są gorszemi, aniżeli w przypadkach ciężkich, ale pod warunkiem, że po ścisłem rozpoznaniu usunie się dokładnie części przydatkowe, jako przyczynę złego.

2) *Degeneratio sclero-cystica ovariorum* często łączy się z objawami chorobowemi ze strony macicy i trąbek, ale też i sama wywołuje bóle mniéj lub więcéj silne, z typem ostrym lub przyostrym i powracające zapalenia otrzewnéj miednicowéj, wywołane drobnemi przyrostami. Jeżeli zmiana ta jajników jest przyczyną dolegliwości, to wyleczenie po operacyi jest zupełnem. Ale i tak na 30 przypadków można 10 znaleść, w których chore najczęściéj nerwowe nie przestają się skarżyć.

3) *Salpingitis chronica parenchymatosa adhaesiva*; *hydrosalpinx*. Do téj grupy zalicza wszystkie stopnie przewlocznego zapalenia trąbek, czy to pod postacią torbiela, czy też zgrubienia znacznego ścian, a zwężenia światła narządu. Jajnik bywa albo mały atroficzny, albo gruby i zmieniony torbielowato. Ta grupa ze względu na ostateczne wyniki uprawnia operacyję omawianą. Bóle po operacyi prawie u wszystkich chorych do pierwszego tygodnia lub miesiąca ograniczone, nie przeszkadzają wcale wyzdrowieniu. Daléj omawia kilka przypadków operacyjnych, z których jeden zasługuje na szczególną uwagę ze względu na powrót i typowe utrzymywanie się regularności dotychczas u operowanéj 18 września 1889 r., a u któréj całkowicie usunięto obustronnie części przydatkowe.

4) *Salpingo-ovaritis, retroversio uteri mobilis aut fixata.* W téj grupie uważa za zupełnie wystarczające usunięcie części przydatkowych pozrastanych i uwolnienie przez to macicy z nieprawidłowego a przymusowego położenia, a jeżeli i sama macica tylną swą ścianą jest przytwierdzona, to uwolnienie tych zrostów i odchylenie jéj w położenie prawidłowe powinno wystarczyć zupełnie. Sztuczne zaś przymocowanie do ściany brzusznéj uważa za zbyteczne w tych

razach, przyznając mu tylko wartość w uporczywych przypadkach opadnięcia.

5) *Haematosalpinx et haematocele.* Na 12 przypadków miał dwa bez dobrego wyniku, gdyż w jednym musiał obrzęk pozostawić na miejscu z powodu zrostów z jelitami i tylko drenować, a w drugim boleści wcale się nie zmniejszyły, albowiem części przydatkowe po drugiéj stronie zbyt były pozrastane, aby je można było wyjąć i one były przyczyną ujemnego rezultatu. Nakłucie i drenowanie kwistków uważa za niedostateczny sposób leczenia, a tylko laparatomija czy z wyjęciem, czy też z pozostawieniem części przydatkowych jest jedyną metodą.

6) *Pyosalpinx et ovaritis suppurativa.* Prelegent przedstawia naprzód wszelkie trudności operacyjne a następnie statystykę swoją. Na 27 operowanych miał 15 zupełnych wyzdrowień, a ujemne wyniki przypisuje nerwowości operowanych i następowym po operacyi zapaleniom koło kikuta, a zastanawiając się nad trudnościami i niebezpieczeństwami, jakie operacyi na przeszkodzie stawiają zrosty nieraz liczne, obszerne i grube, uważa operacyję Péana i Segonda (*hysterectomia vaginalis*) za bardzo dobrą.

7) *Fibromata uteri* według jego zdania bardzo się kwalifikują do téj operacyi, a szczególniéj śródmiąższowe, niezbyt wielkie, bolesne, połączone z krwotokami. Na 15 takich przypadków otrzymał 13 wyników zupełnych a 2 nieszczególne, gdyż rozpoznanie przed operacyją stwierdzonem nie zostało po otwarciu jamy brzusznéj.

8) *Neuralgia* i *hysteria vera.* W nerwobólach otrzymał kilka pomyślnych wyników. Stosuje jednak swe uwagi do bólów, którym żadna anatomiczna zmiana jajników ni trąbek nie towarzyszy. Takich przypadków przytacza 3, a w których poprzednio już wykonywano czy to łyżeczkowanie, czy skracanie więzów okrągłych i rozmaitego leczenia używano przeciw bólom w miednicy. W jednym przypadku hysteryi prawdziwéj u 17 letniéj dziewczyny, z bardzo dobrym wynikiem wykonał kastracyję, w przeciwieństwie do zapatrywania innych autorów, którzy twierdzą, że ta operacyja żadnego skutku nie ma.

J e a n n e l nie zgadza się z Jacobsem, jakoby dla uniknięcia tyłozgięcia lub pochylenia macicy po omawianéj operacyi należało przymocować macicę do ściany brzusznéj, gdyż samo odjęcie części przydatkowych wystarcza, sprowadzając atrofiję macicy. Obserwował również w następstwie, w czasie na regularność przypadającym, upływy krwi hemoroidalne, krwioplucie, uczucie gorąca itd., ale też i regularność bez zmiany.

P o z z i przedstawia 15 przez siebie operowanych kobiet zupełnie już zdrowych, u których choroby przyczynowe były bardzo ciężkiemi, jak *pyo-salpinx* wielka, *haematocele*, ropnie miednicowe, *pelveo peritonitis* itd. Przy sposobności pokazuje piękne blizny po operacyjach, jakie za pomocą swego sposobu szycia brzegów rany otrzymał. Jest to jednak powszechnie używany sposób szycia w 3 piętrach, katgutem chromowym i szwem ciągnącym.

S e g o n d podaje statystykę 17 przypadków operacyj z powodu zmian zapalnych części przydatkowych. Na tych 17: 1 bez żadnego wyniku z powodu *salpingitis suppurativa*, 5 wyleczeń zupełnych (2 *pyosalpinx*, 3 *hydrosalpinx*), 7 znacznych polepszeń, tj. bez ropienia już, ale z mniejszemi lub większemi bólami, 4 ze znacznemi zmianami ropnemi, nie cierpią już, ale utrzymują się u nich upławy obfite lub krwawienia znaczne. Nadto u 3 przepukliny w bliźnie. W porównaniu do tych danych cytuje wyniki po „*Castratio uterina*“ otrzymane, tj. na 17 operacyj 16 wyzdrowień, 9 po zmianach ropnych: 5 *pelveo peritonitis*, 4 *pyo-salpinx*; 7 innych były zapalenia części przydatkowych. Z tego wywodzi większy pożytek téj ostatniéj operacyi.

B a z y (z Paryża) podaje jeden przypadek hysteryi, wyleczony po wykonanéj przez niego kastracyi. Operował jednak tylko dla tego, że badanie przedmiotowe wykazało jajniki powiększone i o nierównéj powierzchni, a nie bolesne przy ucisku. Pokazało się zwyrodnienie drobnotorbielowe.

R o u t i e r na podstawie własnych spostrzeżeń przychodzi do wniosków, że im są więcéj posunięte zmiany w częściach przydatkowych, tem lepszy wynik daje ich usunięcie. Najlepsze wyniki dają się spostrzegać w *pyo salpinx*. W lżejszych przypadkach u kobiet młodszych pozostają uderzenia gorąca i nadmierne poty z chwilą gwałtownego przerwania miesiączki. Jednostronna kastracyja w przypadkach *salpingo-ovaritis* jest operacyją mierną. (*Gazette des hôpitaux* Nr. 40 i 41, 1891). *Dr. Wł. Harajewicz.*

Choroby kobiece.

K u r z (Florencyja): **Leczenie chorób kobiecych za pomocą ichtyjolu.**

Na podstawie spostrzeżeń czynionych w poliklinice na materyjale bardzo obfitym przychodzi autor do wniosku, że ichtyjol w chorobach kobiecych rozwija działanie tak skuteczne, jakiego żaden inny środek dotąd nie okazywał. Zapalenie błony śluzowéj macicy, nadżerki, owrzodzenia części pochwowéj, leczył za pomocą ichtyjolu z bardzo dobrym skutkiem. Niemniéj korzystny wpływ wywierał ten środek w przypadkach zapaleń okołomacicznych, jakoteż w *pyosalpinx* i *oophoritis*. Nieprzyjemnego działania ubocznego autor nigdy nie spostrzegał. Co się tyczy postaci i dawki, to z początku trzymał się autor ściśle przepisów F r e u n d a, to jest stosował 3—5 pigułek po 0·1 gr. dziennie, tampony z 5—10% ichtyjol-gliceryny trzy razy tygodniowo, czopki ichtyjolowe i zewnętrzne wcierania ichtyjolu z waseliną lub szarem mydłem. Późniéj używał energiczniejszego leczenia, jak wcierania czystego ichtyjolu na powłoki brzuszne, tamponów z 10—20% ichtyjolgliceryny, jako też namazywania sklepień i części pochwowéj czystym ichtyjolem. K. ostrzega jednak przed zbyt częstem stosowaniem tego ostatniego postępowania, gdyż czyni ono pochwę tak czułą i suchą, że utrudnia wprowadzenie wziernika. W przypadkach zapalenia błony śluzowéj macicy wycierał naprzód jamę tejże na sucho, następnie wprowadzał zwitek waty napojonéj ichtyjolem. Ponieważ chore nie mogły się zgłaszać codziennie do polikliniki, przeto w przypadkach, gdzie energiczniejsze leczenie było wskazane, zapisał kapsułki żelatynowe, zawierające 10 do 15 gr. ichtyjolgliceryny, które pacyjentki same sobie wprowadzały. (Osobne odbicie z Nr. 43 *Deut. med. Wschrft*, 1891). *Dr. Beck.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI z dnia 5-go listopada 1891 roku.

Przewodniczący prof. Dr. K o r c z y ń s k i. — Członków obecnych 10.

1) Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie prof. Trochanowskiego o ujęciu zdrojów Wysowskich w nowe cembrzyny z kamienia piaskowego na cemencie.

2) Delegat komisyi Dr. Surzycki zdał sprawę o stanie zdrojowiska w Drużbakach na Spiżu, będącego własnością hr. Zamoyskiego. Uchwalono zawezwać Zarząd zdrojowy o przysłanie rozbiorów chemicznych, dat statystycznych i historycznych a referentami téj sprawy mianowano doc. Dra Ponikłę i Dra Surzyckiego.

3) Stałym członkiem komisyi wybrano Dra Michała Śliwińskiego, który tak wielce zasłużył się wzorowem urządzeniem wystawy lekarskiéj na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. (Uchwałę tę Tow. lek. krak. potwierdziło na posiedzeniu w d. 2 grudnia b. r.)

4) Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie prof. Dra Olszewskiego o obecnym składzie chemicznym kakao wyrobu Henryka Tretera we Lwowie. Ze ścisłego rozbioru chemicznego wynika, że wyrób tego przetworu został udoskonalony i że spo-

sób odtłuszczenia jest dokładniejszy. Kakao proszkowane p. Tretera równa się więc w zupełności podobnym wyrobom zagranicznym.

5) Tym mleczarniom, poleconym przez Tow. lek. krak., które w myśl przyjętych zobowiązań nie nadsełają regularnie świadectw o stanie zdrowia krów i służby stajennéj, uchwalono przypomnieć, że w razie dalszego zaniedbywania się zostanie im odebrane polecenie Tow. lekarskiego.

6) Podkomisyję wybraną na IV-em posiedzeniu w dniu 12 maja b. r. w celu sformułowania wniosków co do założenia krajowéj fabryki wyrobów farmaceutycznych i przetworów chemicznych wzmocniono, przybierając do niéj Dra Śliwińskiego i mag. farm. p. Dobrowolskiego.

7) Do podkomisyi wybranéj w dniu 18 maja 1886 w sprawie wyrabiania w kraju narzędzi chirurgicznych przybrano Dra Śliwińskiego.

8) Krążki leśne wyrobu p. Hipolita Majewskiego w Warszawie oddano do ocenienia prof. Steingraberowi.

9) Uchwalono uprosić Dra Murdzieńskiego, aby ponownie zbadał krowiankę p. Frejsingera w Lisku co do tego, czy obecna produkcyja odpowiada poleceniu Tow. lek. krak.

Za sekretarza: *Dr. Skrzyński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 grudnia. Od komitetu Tow. lek. krakowskiego otrzymaliśmy następującą odezwę:

„W roku bieżącym mija 25 lat istnienia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Chcąc oddać cześć pamięci założycieli a członkom swym uprzytomnić dotychczasową działalność naukową i społeczno-lekarską, postanowiło Towarzystwo obchodzić uroczyście 25-tą rocznicę swego założenia w dniu 29 grudnia b. r.

Na uroczystość tę Komitet Towarzystwa ma zaszczyt niniejszem zaprosić uprzejmie wszystkich członków honorowych, członków-założycieli, czynnych i korespondentów.

Celem uświetnienia pamiątkowéj uroczystości Komitet miał zaszczyt właściwą drogą zaprosić do współudziału inne Towarzystwa lekarskie i zamiejscowych członków honorowych.

Program uroczystości jest następujący:

1. O godzinie 6 téj wieczorem uroczyste nadzwyczajne posiedzenie w auli Collegii novi [1]):

a) Przemówienie Prezesa Towarzystwa.

b) Sprawozdanie Sekretarza stałego z 25-letniéj działalności Towarzystwa i rozdanie broszury pamiątkowéj.

c) Odczyt kol. prof. Cybulskiego: „Kilka słów o nowszych poglądach na lokalizacyję w mózgu“.

d) Ogłoszenie nowo zamianowanych przez Towarzystwo Członków honorowych.

2. Wspólna kolacyja w hotelu Saskim o g. 8 wieczór.

Prof. Dr. Gluziński.

* Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszła temi dniami: Dr. Stanisława Brauna rzecz o operacyjach położniczych, Kraków 1891, in 8-vo, str. 244 z 84 rycinami na 16 tablicach litografowanych. Dzieło to, przeznaczone głównie dla kandydatów, gotujących się do egzaminów ścisłych, będzie pożytecznem i dla lekarzy praktykujących; wyborem więc onego i wydaniem wydawca oddał rzeczywistą usługę tak uczniom jak lekarzom i zapełnił lukę w literaturze naszéj lekarskiéj.

* W tygodniu 47 (od 22—28 listopada) było w Krakowie małżeństw 30, urodzin 49, skonów 58, z tych z dławca i błonicy 6, z odry 5, z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 14, z nieżytu żołądka i jelit 3, z płonicy 2.

[1]) Nie-lekarze mają wstęp na posiedzenie za biletami, które w dniach 27, 28 i 29 grudnia otrzymać można u wiceprezesa Tow. Dra Ponikły (ulica Bracka 5) i u sekretarza stałego Dra Kwaśnickidgo (Basztowa 4) od 3—5 popoł.

* *Das medicinische Wien.* (Wiedeń 1891, in 16-to 158 str.). Pod tym tytułem ukazała się książeczka, któréj znaczenie nie jest wyłącznie lokalne. Zawiera ona bowiem wskazówki, cenne szczególnie dla tych, którzy zamierzają udać się do któregokolwiek zakładu naukowego lub szpitalu we Wiedniu celem kształcenia się tamże. Można w niéj znaleść szczegółowy opis wszystkich oddziałów klinicznych, poliklinicznych, szpitalnych, oraz zakładów innych działów medycyny, jakoteż nauk przyrodniczych, nadto spis wykładów, ćwiczeń praktycznych, kursów i t. d. Na wstępie książka powyższa zawiera przepisy o rygorozach lekarskich, o egzaminach na lekarzy i weterynarzy rządowych, oraz ustawę o organizacyi służby zdrowia w Austryi. Charakter informacyjny nadaje książce, jak wspomnieliśmy, wartość dla lekarzy udających się do Wiednia. *Dr. Beck.*

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz powiatowy 2-giéj kl. Dr. Józef Kołychanowski w Kamionce Strumiłowéj z powodu schorzenia przeniesiony został w stały stan spoczynku; mianowani zostali lekarz powiatowy 2-éj kl. Dr. Klemens Kniehynicki w Myślenicach lekarzem powiatowym 1-éj kl.; asystenci sanitarni Drowie Wiktor Żelazowski w Rudkach, Bernard Grünhaut w Trębowli i Antoni Krokiewicz przy Namiestnictwie we Lwowie lekarzami powiatowymi 2-giéj kl. na swych posadach; lekarz pomocniczy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie Dr. Eugeni Lachowicz asystentem sanitarnym w Stryju; przeniesieni zostali na własne żądanie: lekarz powiatowy Dr. Mieczysław Hirschler z Bóbrki do Buczacza, oraz asystenci sanitarni Dr. Władysław Węgrzynowski z Rohatyna do Zbaraża, Dr. Jan Bednarski z Namiestnictwa do Nadworny a Dr. Leon Rosenbusch do Namiestnictwa.

* **Zmarli**: w Paryżu Henryk Roger b. prezes Akademii lekarskiéj, licząc lat 83; w Bonnie b. profesor otyjatryi Dr. Weber-Liel; w Monachijum nestor chirurgów niemieckich Prof. Franciszek Krystof Rothmund w 90 roku życia; w Paryżu profesor kliniki lek. Dr. Bouchut.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16 grudnia b. r. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). — Porządek dzienny: 1) Wybór Zarządu na r. 1892; 2) Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

P. T. Upraszam szan. Kolegów o łaskawe natychmiastowe doniesienie, gdyby się gdziekolwiek pojawiła ospa naturalna na wymieniu u krów. Wszelkie z doniesienia wynikłe koszta, jakoto listy, telegramy, koszta podróży, chętnie ponoszę i natychmiast z podziękowaniem zwracam. Z poważaniem prof. Dr. A. Barański.

Adres telegramu: Dr. Barański Lwów.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 19 Grudnia 1891. Nr. 51.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1892 **rok trzydziesty pierwszy** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Epidemija różyczki (*rubeola*) i odry w bezpośredniem po sobie następstwie. Kilka słów o różyczce i wysypkach podobnych do skarlatyny.

Odczytane na posiedzeniu warszawskiego Tow. lekarskiego dnia 17 listopada b. r.

Napisał

Dr. Julijan Kramsztyk w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 50.)

Dnia 14 stycznia rano wezwany zostałem do Heli Z., lat 12 mającéj. Dnia poprzedzającego zdrowa zupełnie uskarża się od rana na lekki kaszel, dreszczyki, w nocy źle spała. Na twarzy na obu policzkach, nosie, brodzie, liczne wielkie plamy czerwone, wzniesione nieco nad poziom otaczającéj zdrowéj skóry, zlewające się ze sobą za pomocą mniejszych i większych pasemek. Na piersiach i kończynach górnych wysypka rzadsza i bledsza, plamy nieco jaśniejsze. Błona śluzowa gardziela i podniebienia miękkiego lekko zaczerwieniona. Gruczoły limfatyczne szyjne nieco powiększone, nie bolesne. Język lekko obłożony. Apetytu nie ma, wypróżnienie jedno wczoraj. W organach wewnętrznych nie ma nic nienormalnego. Czuje się zupełnie dobrze i nie chce pozostać w łóżku. C. 38·2°, p. 96. Wieczorem c. 38·6°.

15. C. 38·3°, kicha i kaszle nie wiele, spała dobrze. Wysypka na twarzy nieco bledsza, na piersiach, plecach, kończynach górnych, a zwłaszcza dolnych i na pośladkach obfita, czerwona, nieco wzniesiona nad otaczającą zdrową skórę. Na zaczerwienionem podniebieniu miękkiem drobne, wyraźne plamki ciemno czerwone. Wiecz. c. 38·2°. Wysypka na twarzy prawie znikła, na plecach i kończynach dolnych obfitsza niż rano. Plamy nie są tak mocno czerwone, ani tak wystające nad powierzchnię otaczającéj skóry, jak w odrze, ale co najmniéj również obfite. Zaczerwienienie podniebienia miękkiego nieznaczne.

17. C. 38·0°. Plamki jeszcze tylko na pośladkach i udach nieco wzniesione i czerwone, na reszcie ciała blade. Stan ogólny zupełnie dobry. Kaszle dosyć mocno, oddech nieco zaostrzony, podniebienie miękkie blade. Wiecz. c. 37·6°.

18. C. 37°. Wysypka znikła zupełnie. Czuje się dobrze, chce wstać i ubrać się, ale ze względu na obawę rodziny pozostała jeszcze w łóżku. Już następnego dnia wezwany zostałem znowu do téj samej pacyjentki, u któréj po dwóch dniach bezgorączkowych ciepłota ciała podniosła się do 38·5° a przytem pojawiły się dreszczyki, ból głowy, kaszel, silny katar nosa z częstem bardzo kichaniem i łzawieniem. Oprócz zaczerwienionéj silnie spojówki znalazłem mocne bardzo zaczerwienienie podniebienia miękkiego i gardziela, nieliczne rzężenia wilgotne w płucach i oddech mocno zaostrzony. Wiecz. c. 38·8°, p. 114.

Objawy powyższe były pierwszego dnia tak wybitne, że pozwoliły z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać odrę. W saméj rzeczy po dwóch dniach trwania gorączki 38·5—39·2°, wystąpiła dnia 21 wysypka odrowa charakterystyczna na twarzy, szyi, piersiach, a w ciągu dwóch dni następnych na całem ciele. Plamy na twarzy były bardzo obfite i gęsto ułożone, mocno czerwone, zlewające się częstokroć, podobnież na piersiach i plecach. Na kończynach górnych liczba plamek była mniejszą, na dolnych znacznie mniejszą. Przy normalnym przebiegu, w ogólności jednak dosyć znacznem natężeniu kataru oskrzeli, nosa i gardła, ciepłocie przechodzącéj wieczorem 40°, choroba skończyła

się w ciągu tygodnia. Na miejscach, gdzie wysypka była obfitszą, łuszczenie skóry było bardzo wydatne.

Już w pierwszych dniach odry najstarszéj dziewczynki, dnia 19, trzeci z rzędu chłopiec Kuba, lat 7, zaczął niedomagać, uskarżając się na lekki ból głowy i katar nosa i tegoż dnia wystąpiła w ciągu kilku godzin na całem ciele wysypka niezbyt czerwona, ale bardzo obfita, złożona z plamek czerwonych drobnych, wielkości łebka od szpilki lub nieco większych nad powierzchnię skóry lekko wystających, najobficiéj na twarzy, piersiach i plecach, jakoteż na zewnętrznéj powierzchni ramion. Ciepłota wiecz. 38·9°, p. 112. Lekki katar oczu i nosa. Na podniebieniu miękkiem nieliczne plamki czerwone, gardziel silniéj nieco zaczerwieniony. Gruczoły szyjowe nieznacznie obrzmiałe i przy silniejszym ucisku bolesne.

20 rano c. 38·1°. Gardziel mniéj czerwony, katar nosa i spojówki mniejszy. Plamy na kończynach dolnych liczniejsze, również drobne i gęsto bardzo ułożone, nieco nad powierzchnię otaczającéj zdrowéj skóry wystające. Na twarzy i piersiach wysypka bledsza. Malec czuje się zupełnie zdrowym, wesoły, chce jeść. Wiecz. c. 38·2.

21 c. 37·4, p. 90. Nie kicha, nie kaszle. Wysypka na twarzy zbladła zupełnie, na ciele znacznie biedsza, na kończynach dolnych jeszcze wyraźna. Wiecz. c. 37·3°.

22 c. 36·8, p. 70. Wysypka znikła, łuszczenia nie ma. W gardzielu, spojówce żadnego zaczerwienienia, gruczoły szyjowe nie bolesne, ale obrzmiałe.

Co do rozpoznania różyczki po przebyciu choroby przez starszą siostrę, nie było w tym przypadku wątpliwości.

O dzień późniéj niż Kuba zachorował na różyczkę starszy chłopiec Maks, lat 8, choroba miała przebieg również łagodny, wysypka wszakże była mniéj obfitą, ale plamy pojedyncze większe, czerwieńsze, zlewające się zwłaszcza na twarzy, piersiach i brzuchu, więcéj nad powierzchnię otaczającéj skóry wystające, tworzyły obraz zbliżony więcéj do odry, podobnie jak u starszéj siostry. Choroba skończyła się w ciągu trzech dni. Ciepłota przez cały czas 37·4—38·2°. Zaczerwienienie spojówki i gardziela nieznaczne, gruczoły szyjowe mocno obrzmiałe i lekko bolesne, a stan ogólny wciąż zupełnie dobry tak, że chłopca z trudnością można było utrzymać w łóżku.

W cztery dni późniéj dnia 23 przebyła różyczkę podobną zupełnie z wejrzenia i przebiegu do choroby u młodszego z chłopców, czwarte dziecko 4 letnie, Stefcia. Wysypka bardzo obfita, drobna, znikła po 36 godzinach.

Wszystkie te dzieci jeszcze przed powstaniem z łóżka po przebytéj różyczce zapadły na odrę, która po 2—3 dniach gorączki, silnego bardzo zajęcia gardła, nosa, oczu i oskrzeli wysypała prawie jednocześnie u obu chłopców dnia 23 go, a u Stefci 27. Przebieg odry, którego bliższy opis uważam za zbyteczny, był w ogólności bardzo ciężki, ciepłota dochodziła do 40° i więcéj, u Kuby jako powikłanie wystąpiła dyfteryja nosa, a u Stefci zapalenie ucha średniego z obu stron.

Jednocześnie ze mną przypadki te obserwowali również koll. Sommer i Srebrny.

Piąte dziecko państwa Z roczne, znajdujące się jeszcze przy piersi i przez cały czas choroby rodzeństwa pozostające w tem samem mieszkaniu ani różyczki ani odry nie przebyło.

Poniższa tabliczka przedstawia daty ukazania się wysypki jednéj i drugiéj choroby w powyższych sześciu przypadkach.

	Różyczka	Odra
Ewa	4 stycznia	12 stycznia
Zofija	6 „	15 „
Hela	14 „	21 „
Kuba	19 „	23 „
Maks	20 „	23 „
Stefka	23 „	27 „

W trzecim nakoniec domu państwa H miałem możność obserwowania podobnéj epidemii odry następującéj po różyczce, ale że dzieci te kilkakrotnie tylko przez czas tych chorób widziałem i dokładnéj historyi ich chorób prowadzić nie mogłem, zaznaczam tylko daty rozpoczęcia tych chorób.

	Różyczka	Odra
Dziewczynka, lat 11:	10 lutego	16 lutego
Chłopiec, lat 5:	17 „	24 „
Chłopiec, lat 1 ½:	18 „	27 „

Powyższe przypadki tak szybko następujących po sobie dwóch chorób wysypkowych są przedewszystkiem pouczające bardzo ze względu na rozmaite zapatrywanie się autorów na samodzielność różyczki. Żadne z tych dzieci poprzednio odry nie przechodziło, dwie pierwsze przebyły przed kilku laty bardzo ciężką skarlatynę, a następnie ospę wietrzną. Przebycie tak szybkie w odstępach 3, 4 do 8 dni odry po różyczce stanowi najoczywistszy dowód samodzielności pierwszéj z tych chorób, a zarazem dowód, że przebycie różyczki bynajmniéj nie chroni od zapadnięcia na odrę. Że nie może tu być mowy o recydywie odry, to sam przebieg choroby różny bardzo od następującéj po nim odry, zbyt bliski przeciąg kilku dni, rozdzielający jednę wysypkę od drugiéj, dostatecznie tego dowodzą. Jak sobie wytłomaczyć zresztą, że tak rzadki objaw jak recydywa odry mógłby się w tylu przypadkach powtórzyć. Zresztą odstęp kilku do kilkunastu dni między wystąpieniem jednéj a drugiéj różyczki był zbyt krótkim, aby możliwem było przypuszczenie dwukrotnego przebycia odry w tym czasie. Widowitz przypomina, że według Kaposiego wtedy jedynie jesteśmy w prawie przypuścić powtórne zapadnięcie na odrę, jeżeli między jedną a drugą wysypką co najmniéj kilka tygodni upłynęło a przynajmniéj peryjod łuszczenia się ukończył. Przypuścić tu koniecznie musimy, jak Genser w swoich przypadkach, że w każdym z tych domów najstarsza dziewczynka przyniosła ze sobą z pensyi zarazki obu tych chorób, z których najprzód różyczka a następnie odra się rozwinęła. Od niéj choroba udzieliła się młodszym dzieciom w tym samym porządku.

Z całego przebiegu opisanych powyżéj epidemij widocznem jest podobieństwo różyczki do odry tak dalece, że w przypadkach sporadycznych w saméj rzeczy trudno niekiedy jest, zwłaszcza z początku, dwie te choroby z wszelką pewnością od siebie odróżnić. Natomiast w żadnym ze spostrzeganych przezemnie przypadków nie miałem najmniejszéj wątpliwości co do podobieństwa różyczki do skarlatyny. — Jednakże nietylko u dawniejszych autorów, ale nawet i w ostatnich czasach spotkać się zdarza z terminem *rubeola scarlatinosa* jako oddzielną postacią obok zwykłéj *rubeola morbillosa*.

Filatow[1]) opisuje siedm przypadków wysypki podobnéj zupełnie do skarlatyny z lekkiemi objawami ogólnemi, która nie ochraniała w następstwie od prawdziwéj skarlatyny. — Gumplowicz[2]) zarzuca wprawdzie Filatowowi, że opis tych przypadków nie jest bynajmniéj wyczerpującym że autor nie wspomina o tem, czy przebycie téj postaci wysypki ochrania od różyczki, ale w każdym razie była to epidemija choroby zakaźnéj o wejrzeniu wcale nie podobnem do różyczki, a zbliżonem raczéj do skarlatyny. Thomas w wyżéj przytoczonéj monografii o różyczce[3]), która stanowczo zdaniem jego ma podobieństwo jedynie do odry, a nigdy nie przypomina skarlatyny, nie przeczy jednak, że mogą istnieć formy o wysypce podobnéj do téj ostatniéj choroby, ale utrzymuje, że tych nigdy jeszcze nie spotykał.

[1]) *Archiv. f. Kinderheilk.* 1886. — [2]) l. c. str. 281. — [3]) l. c. str. 233.

Już i dawniéj formy podobne zdarzało mi się widzieć niejednokrotnie, a w ciągu ostatnich dwóch lat mam zanotowanych kilkanaście przypadków choroby o wysypce zupełnie podobnéj do skarlatyny, które jednakże tak pod względem przebiegu jak i zejścia na tyle się od niéj różnią, że zaledwie z początku bywałem niekiedy w wątpliwości, czy mam do czynienia ze skarlatyną, czy też z inną jakąś postacią chorobową. Trzéj z tych chorych przechodzili poprzednio skarlatynę, którą sam miałem możność obserwować, jeden z nich przebył w następstwie różyczkę, a jeden odrę. Nie sądzę zresztą, aby, naśladując Filatowa, należało tę formę chorobową nazwać *rubeola scarlatinosa*, chcę tylko zwrócić uwagę, że jak o tem dawniejsi autorowie częściéj, obecnie zaś rzadziéj wspominają, koniecznie odróżnić ją należy od zwykłéj różyczki — *rubeola*.

W przypadkach spostrzeganych przezemnie choroba rozpoczynała się nagle u dzieci zupełnie zdrowych od gorączki i niekiedy wymiotów. Temperatura podnosiła się odrazu do 38·5° i 39·5° i jednocześnie na całem ciele występowało jednostajne zaczerwienienie skóry zwłaszcza grzbietu, piersi, kończyn górnych a następnie brzucha i kończyn dolnych, twarz tylko pozostawała wolną. Zaczerwienienie to zależy od wysypki drobnopunkcikowéj tak gęstéj, że nie pozostawia wcale miejsca zdrowéj skóry, podobnéj zupełnie do wysypki skarlatynowéj, słabiéj lub silniéj wyrażonéj. Wysypka jakoteż i gorączka (38—39°) trwały od 1 do 2 i 4 dni. Stan ogólny niekiedy tylko w początku przedstawiał pewne objawy niepokojące, jak ból głowy, rzucanie się, bezsenność. Już na drugi dzień zwykle dzieci zachowywały się spokojnie, nie uskarżając się na żadne dolegliwości tak, że częstokroć trudno je było utrzymać w łóżku. Zaczerwienienia gardła, ani też zajęcia jakichkolwiek organów wewnętrznych, ani łuszczenia nie było nigdy tak, że oprócz wysypki, podobnéj do skarlatyny, wszystkich innych objawów téj choroby brakło.

W celu dokładniejszego przedstawienia obrazu choroby pozwolę sobie kilka z tych spostrzeżeń opisać szczegółowo.

Dnia 9 czerwca r. b. rano wezwany zostałem do dziecka państwa R. Dziewczynka 8 mio miesięczna, karmiona przez matkę, przechodziła w lutym zapalenie płuc, po którem powróciła do zdrowia. Wczoraj zdrowa zupełnie, wesoła. W nocy spała niespokojnie, nad ranem pojawiły się obfite wymioty i gorączka, a jednocześnie matka zauważyła na skórze dziecka mocną wysypkę. Dziecko bardzo dobrze odżywione o obfitym pokładzie tłuszczowym, niespokojne bardzo, rzuca się, nie chce ssać. Na piersiach, brzuchu, grzbiecie, ramionach i udach, zwłaszcza na ich powierzchniach grzbietowych silne bardzo zaczerwienienie jednostajne, koloru szkarłatnego, za uciskiem znikające i natychmiast powracające, przypominające najzupełniéj skarlatynę tak, że w pierwszéj chwili sądziłem, że z tą chorobą mam do czynienia, jakkolwiek epidemii skarlatyny w tym czasie nie było. Ciepł. 40·2°, p. 142. W płucach ani w sercu żadnych zmian chorobowych nie ma. Brzuch nieco wzdęty, wypróżnienia nie było od 24 godzin. Śledziona niewyczuwalna i ku górze nie powiększona. Język wilgotny, czerwony mocno. Błona śluzowa gardziela wcale nie zaczerwieniona, gruczoły limfatyczne na szyi niewyczuwalne. Ogólne wejrzenie dziecka przy zachowaniu zupełnéj przytomności, pomimo silnego niepokoju i wysokiéj gorączki, nie robiło wrażenia ciężkiego stanu. Zaleciłem lewatywę, a wewnętrznie kwas solny.

Wieczorem c. 39·4°, p. 132. Stan nieco lepszy, dziecko ssie dobrze, śpi dużo, jakkolwiek niespokojnie, często się budzi. Wysypka jednostajna na całem ciele z wyjątkiem twarzy, cokolwiek jednak słabsza aniżeli rano. Na obu policzkach natomiast wypieki mocno czerwone. Błona śluzowa gardziela blada, język nieco obłożony. Dwa wypróżnienia zbitsze w ciągu dnia.

10 czerwca rano c. 37·6°, p. 120. Dziecko spało spokojnie, wysypka znikła prawie zupełnie, na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych nieznaczne zaczerwienienie skóry, zwłaszcza w okolicy stawów kolanowego i łokciowego i na pośladkach. Stan ogólny zupełnie dobry, dziecko bawi się, ssie dobrze, wypróżnienia nie było. Wieczorem 37·4°.

11 czerwca c. 36·8°, p. 114. Stan dobry zupełnie, wysypki nie ma wcale, ani też śladu łuszczenia.

Trzy przypadki następne, których przebieg w krótkości podaję, zasługują o tyle na uwagę, że dwoje z tych dzieci przebyło skarlatynę, którą sam miałem możność spostrzegać.

Roman, lat 7 i Antoni, lat 12 A. zachorowali prawie jednocześnie dnia 12 października 1890 r. Choroba rozpoczęła się od lekkich dreszczów, bólu głowy i kończyn dolnych, a jednocześnie na ciele ich wystąpiła wysypka czerwona, która głównie zaniepokoiła rodziców.

Chłopcy dobrze odżywieni poprzedniego dnia byli w szkole. Młodszy już wieczorem czuł się niedobrze, starszy rano ubrał się, ale na żądanie matki, zaniepokojonéj wysypką, położył się do łóżka.

Przed dwoma laty obaj przebyli ciężką dosyć skarlatynę z błonicą gardła, po któréj u młodszego wystąpiło zapalenie nerek z silnym obrzękiem ciała. W dziecięctwie przebyli, według opowiadania rodziców, odrę, ale téj osobiście nie spostrzegałem.

Choroba u obydwóch przedstawia się prawie jednakowo. Na całem ciele zwłaszcza na plecach, krzyżu, pośladkach i piersiach skóra przedstawia jednostajne szkarłatne zaczerwienienie, zależne od drobnopunkcikowéj, bardzo gęstéj wysypki, niepozostawiającéj wcale miejsca skóry normalnéj, znikające za uciskiem. Na kończynach zaczerwienienie słabsze. Ciepłota Romana 38·5°, p. 110, u Antoniego 39·1°, p. 100. W organach wewnętrznych: płucach, sercu, ani też w jamie brzusznéj nic nienormalnego wykryć nie można. U starszego błona śluzowa podniebienia miękkiego i migdałków silnie zaczerwieniona, gruczoły szyjowe w okolicy mięśni mostko-obojczyko sutkowych nieco obrzmiałe i bolesne[1]. Język wilgotny, czysty. Uryna skoncentrowana c. wł. 1022, białka nie zawiera. Wieczorem c. 38·8 i 39°.

13 października c. 37·4° i 37°. Chłopcy obaj mają się dobrze, narzekają tylko na ból kończyn dolnych w udach, a starszy na silny dosyć ból gardła. Wysypka nieco bledsza, ale bardzo wyraźna jeszcze, zajmuje też same miejsca co wczoraj, twarz i szyja wolne. Zaczerwienienie gardła u Antoniego w tym samym stopniu, gruczoły szyjowe z obu stron powiększone, bardzo bolesne. Wieczorem stan bezgorączkowy.

14. Stan bezgorączkowy, spali dobrze, domagają się jedzenia, chcą wstać. Wysypka zbladła znacznie, na krzyżu, pośladkach i kończynach dolnych jeszcze widoczna. Gardziel u Antoniego bledszy, gruczoły szyjowe obrzmiałe w równym stopniu.

15. Wysypka znikła zupełnie, łuszczenia nie ma. Wstali z łóżka. Z wyjątkiem nieznacznéj bolesności gruczołów szyjowych powiększonych jeszcze wydatnie (u Antoniego) żadnych zmian chorobowych wykryć nie można.

17 października, w dwa dni później, w podobny zupełnie sposób zachorowała siostra ich 9 letnia Waleryja; wysypka była nieco bledsza, ale również zupełnie podobna do skarlatynowéj, po dwóch dniach znikła i dziewczynka wstała zdrowa z łóżka. Ta ostatnia skarlatyny poprzednio nie przechodziła.

---

[1]) Jestto jedyny z obserwowanych przezemnie przypadków, w którym wystąpiło silniejsze zajęcie gardła. Powiększenie gruczołów zresztą u tego chorego istniało i poprzednio i pozostało po chorobie.

Zastrzegając raz jeszcze, że różyczkę uważam za chorobę samodzielną, niezależną zupełnie od odry i skarlatyny i że przypadki powyższe tak pod względem przebiegu, jako też wejrzenia nic z nią wspólnego nie mają, chcę tylko zwrócić uwagę, że istnieje jednakże forma chorobowa o lekkim przebiegu i dobrem zejściu z wysypką podobną zupełnie do skarlatyny. Nazwanie choroby téj za przykładem Filatowa *rubeola scarlatinosa* wprowadziłoby napowrót zamęt do terminologii, z którego dopiero w ostatnich czasach wybrnęliśmy. Pozwolę sobie raczéj przypuszczać, że przypadki te możnaby zaliczyć do influenzy, jakkolwiek bowiem większość ich widziałem w czasie wolnym od influenzy w Warszawie, mianowicie po epidemii w końcu roku 1889 i w początkach 1890, ale wobec powrotu influenzy w czasie obecnym nie można stanowczo twierdzić, że i w tym czasie pojedynczych przypadków téj choroby nie było. Z drugiéj strony w czasie panowania influenzy w Warszawie mieliśmy niejednokrotnie możność widzenia typowych przypadków téj choroby z wysypką najbardziéj do skarlatynowéj zbliżoną, a i w powyżéj wzmiankowanéj epidemii, opisanéj przez Filatowa, pierwszy chłopiec 9-letni zachorował według słów autora na „grypę“, następnie na zapalenie płuc, a potem dopiero wystąpiła wysypka podobna do skarlatyny. Działo się to wprawdzie w r. 1884, kiedy o epidemii influenzy nie było mowy i nie wiem, czy Filatow tę chorobę przez wyraz „*Grippe*“ rozumiał.

II. Z kliniki wewnętrznéj prof. Fr. Riegla w Giessen.

O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka.

Podał

Edmund Biernacki.

(Dok. Patrz Nr. 50).

Daléj przerobiłem następujące doświadczenia. Przeżutą mięszaninę krochmalowo-białkową zakwasiłem wyraźnie kwasem siarczanym, mniéj lub więcéj do kwasoty 18 tak, że płyn i na smak był słabo kwaśnym i wprowadziłem tak przyrządzoną mięszaninę przez sondę do żołądka: treść żołądkowa zawierała mniéj kwasu solnego i pepsyny i było jéj więcéj, niż po wprowadzeniu zwykłego próbnego śniadania. Trawienie żołądkowe zostało więc upośledzone przez pokarm w takim stopniu zakwaszony; dodam, że chory po tem doświadczeniu doznawał przez cały dzień słabych bolów rżnących w żołądku. W drugiem doświadczeniu zakwasiłem przeto przeżuty pokarm kwasem saletrzanym, znacznie słabiéj, bo tylko na kwasotę 2. W tym razie, ku memu zdziwieniu, siła ruchowa żołądka tak wzrosła, że po $^1/_2$ godziny żołądek był prawie pustym, podczas gdy w doświadczeniu kontrolującem znalazłem 50 ctm. sz. treści. Wynik ten był tem więcéj godnym uwagi, że po dodaniu do przeżutego pokarmu sody i zalkalizowaniu mięszaniny ledwie na 2,5 trawienie żołądkowe u mnie nie szło wiele lepiéj, niż po wprowadzeniu do żołądka niezmienionego pokarmu, a znacznie słabiéj, niż po wprowadzeniu przez sondę tylko przeżutej mięszaniny.

W obec takich faktów musiałem zwrócić uwagę na odczyn śniadania próbnego i zmiany, jakiemu ten podlega w jamie ustnéj. Mięszanina krochmalowo-białkowa dawała odczyn słabo zasadowy, zależny głównie od obecności białka

Tablica VI.

Data	Osoba badana	Śniadanie próbne	Ilość treści	Kongo	Fluorglucynowanill.	Jod.	Kwasota	HCl	Pepsyna	Uwagi
15	Chory Nr. IV	20 B + 125 K + 125 W	40	Sł. niebies.	Niema	Słabe	12	0,0413	2½	Wprowadzone przez sondę
15	„	Id. Acid. 18 od H_2SO_4	100	Niebies.	„	„	24	0,0181	8	
17	„	20 B + 200 K + 50 W	50	Niema	„	—	6	--	—	
17	„	Id. Acid. 2·0 od HNO_3	3	„	—	—	—	—	—	
4	Dr. B.	20 B + 200 K + 50 W	50	„	Niema	Mocne	11	0,0288	2½	
4	„	Id. Alk. 2·5 od Na_2CO_3	60	Sł. niebies	Sł. czerw.	Niema	15	0,0372	2	

surowego, sam bowiem krochmal oddziaływał obojętnie albo nader słabo alkalicznie. Kropla rozczynu wyskokowego fenolftaleiny barwiła różowo próbne śniadanie. Zasadność naszego pokarmu próbnego nie przenosiła 2,0—1,5 $^1/_{10}$ normalnego rozczynu H_2SO_4 na 100 ctm. sz. Okazało się jednak, że po przeżuciu mięszaniny krochmalowo-białkowéj w ustach, odczyn jéj alkaliczny zmniejszał się, przechodził w obojętny, a często kroć w minimalnie kwaśny.

Do rozjaśnienia tego faktu posłużyły następujące doświadczenia. Jeżeli wprowadzimy do jamy ustnéj, dokładnie wymytéj i wyczyszczonéj, 10—20 ctm. sz. przekroplonéj zupełnie obojętnéj wody, która z 2—3 kroplami rozczynu fenolftaleiny i 1 kroplą $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu sodowego, daje czerwone zabarwienie i potrzymawszy tę wodę przez 15—30 sekund, przesuwając ją między językiem, pod-

niebieniem twardem i zębami, to woda ta nabiera najwyraźniejszego słabo kwaśnego odczynu. Papierek lakmusowy słabo w niéj czerwienieje; używając zaś fenolftaleiny, jako indykatem, określamy kwasotę téj wody po $\frac{1}{2}$ minutowem pobycie w jamie ustnéj, nie wyżéj nad 0,5—1,0 (tyle ctm. sz. $\frac{1}{10}$ normalnego NaHO na 100 ctm. sz. płynu). Kwasota ta nie znika ani przy gotowaniu wody, ani po przeprowadzeniu przez nią powietrza, rzeczywiście więc nie zależy od gazowego kwasu węglowego.

Jeżeli z drugiéj strony, zamiast wody przekroplonéj wprowadzimy do ust 20 ctm. sz. słabego rozczynu kw. solnego o kwasocie 21, lub też rozczyn sody, a także ługu o zasadności 23 ($\frac{1}{10}$ norm. H_2SO_4), to kwasota i alkaliczność obniżają się w jamie ustnéj nader szybko, tak, że kwasota 21 i alkaliczność 23 spadają po $\frac{1}{2}$ minucie do 17 i 14, lub jeszcze mniéj. Słabo alkaliczne rozczyny (2—3) stają się po $\frac{1}{2}$ minucie w jamie ustnéj obojętnemi lub nawet słabo kwaśnemi; natomiast słabo kwaśne rozczyny 2, 3, stają się w jamie ustnéj jeszcze więcéj kwaśnemi; wprawdzie kwasota podnosi się nieznacznie, bo np. z 2 ledwie na 2,5—3,0. Dopiero rozczyny kwasu solnego o kwasocie 5, zawsze tracą w jamie ustnéj na swéj kwasocie, przytem, rzecz ciekawa, znacznie słabiej niż mocniejsze rozczyny, np. o 21; jeżeli więc rozczyn HCl o kwasocie 21, spada po $\frac{1}{2}$ minutowem przebywaniu w jamie ustnéj na 17, to rozczyn 5 obniży się po tym samym czasie ledwie do 4.

Godnym uwagi jest fakt, że przy tych wszystkich zjawiskach objętość płynu nigdy nie zmienia się w jamie ustnéj; przyjąwszy do ust 20 ctm. sz. wody, rozczynu kwasu lub alkali, po $\frac{1}{2}$—1—2 minutach wyrzucamy absolutnie tę samą ilość płynu. Po szybkiem oddaniu wody lub rozczynu w sekundę lub dwie czuje się w jamie ustnéj pewną ilość śliny; ślina ta po użyciu do doświadczenia wody wykazuje odczyn obojętny, co bywa także bardzo często po płynie kwaśnym; po użyciu zaś rozczynu zasadowego ślina wykazuje prawie zawsze odczyn alkaliczny.

Te fakty udało mi się zebrać przez badanie kilkunastu osób zdrowych, przeważnie asystentów kliniki i studentów medycyny; nakwaszanie wody przekroplanéj w jamie ustnéj było u wszystkich prawie jednakowem i nie przenosiło po pól minucie 0,5. Zmniejszanie alkaliczności i kwasoty istniało u różnych osób w różnym stopniu, jednakże nie przechodziło pewnych stałych granic. Dawało się zauważyć przytem pewne ogólniejsze zjawisko: im zdolniejszą była jama ustna zmniejszać alkaliczność, tem słabiéj obniżała się w niéj kwasota.

U kilkunastu różnorodnych chorych żołądkowych, gruźliczych, rakowych, żółtaczkowych i t. d. zachowanie się płynów obojętnych, zasadowych i kwaśnych w jamie ustnéj było jakościowo i ilościowo prawie takiem samem, jak u zdrowych, jednak zdarzyło mi się widzieć parę razy pewne osobliwości. U jednego chorego z silną hypersekcyją żołądkową nakwaszające własności jamy ustnéj były niezmiernie silne tak, że kwasota wody po pół minutowem przebywaniu w jamie ustnéj dochodziła do 1,5; stosownie do tego niezmiernie silnie obniżała się alkaliczność rozczynów zasadowych, chociaż kwasota HCl równie silnie opadała. Z drugiéj strony u jednego rakowego obserwowałem bardzo słabe zakwaszenie wody destylowanéj w jamie ustnéj i jednocześnie z tem nader słabe obniżenie alkaliczności i kwasoty odpowiednich odczynów.

Nie jestem w stanie w danéj chwili bliżéj rozebrać przyczyny i znaczenia tych dziwnych zjawisk, zresztą nie może to wchodzić w ramy niniejszéj pracy. Muszę tylko wyprowadzić wniosek, że do pewnego stopnia wbrew panującym przekonaniom jama ustna posiada nakwaszające własności, w moc których obojętny pokarm przechodzi śród pewnych warunków w słabo kwaśny, słabo zasadowy, w obojętny lub nawet minimalnie kwaśny, a mocniéj kwaśny lub zasadowy traci na swéj kwasocie i alkaliczności. Dla tego też i nasza słabo zasadowa mięszanina krochmalowo-białkowa stawała się po przeżuciu mniéj alkaliczną, obojętną, lub nawet minimalnie kwaśną. Oczywiście więc posiadamy wskazówki, że trawienie ustne odbywa się na tle kwaśnem i jest takiem w zasadzie.

Jak ważną jest własność jamy ustnéj nakwaszania, a wogóle regulowania odczynu pokarmu dla zdrowego i chorego żołądka, jak ogromne znaczenie dla tego mają nawet najdrobniejsze wahania reakcyi materyj przyjmowanych, wykazał mi nowy szereg doświadczeń, w którym wprowadzałem przez sondę do żołądka mięszaninę krochmalowo-białkową różnego odczynu, unikając jednocześnie udziału śliny w trawieniu. W pierwszem doświadczeniu, zrobionem na samym sobie, wprowadziłem przez sondę naszą mięszaninę krochmalowo-białkową, zobojętnioną dokładnie słabym rozczynem kwasu siarczanego, w drugiem doprowadziłem próbne śniadanie do kwasoty 2,0 za pomocą kwasu solnego, a w trzeciem do kwasoty 0,5 kwasem saletrzanym. We wszystkich trzech doświadczeniach trawienie po wprowadzeniu obojętnego lub słabo kwaśnego śniadania próbnego rozwinęło się o wiele lepiéj, niż przy zwykłéj słabo nawet zasadowéj próbie, w pierwszych przypadkach znalazłem bowiem w żołądku treści daleko mniéj, o kwasocie, zawartości kwasu solnego i pepsyny wyższéj znacznie, niż w drugim. Szczególnie dzielnie pracował żołądek po wprowadzeniu słabo-kwaśnego pokarmu 2,5. Nareszcie dwa doświadczenia wykazały mi znaczenie odczynu dla żołądka. W pierwszem podniosłem zasadowość naszego próbnego śniadania z 1,5 do 2,5 za pomocą ługu sodowego, a w drugiem do tejże wysokości za pomocą rozczynu sody (Na_2Co_3). W pierwszym przypadku żołądek działał wyraźnie słabiéj, a w drugim nieco lepiéj niż przy zwykłéj alkaliczności 1,5.

(Patrz tablicę VII.)

Fakty te w zestawieniu z poprzednim szeregiem doświadczeń pozwalają przedewszystkiem wyprowadzić wniosek, że najodpowiedniejszym i najwięcéj sprzyjającym dla żołądka jest odczyn obojętny, a szczególnie minimalnie kwaśny pokarm, natomiast odczyn alkaliczny, choćby słaby, mało podnieca błonę śluzową tego organu. Jak wykazuje obserwacyja ze zwiększeniem zasadności sodą, im pokarm jest więcéj zasadowym, tem trawienie żołądkowe jest mniéj dzielnem; ale i doświadczenie z poprzedniéj tablicy, gdzieśmy zakwasili pokarm przeżuty dość mocno, wykazuje, że i więcéj kwaśna próba jest szkodliwą dla działalności żołądka. Zdumiewającym jest oprócz tego fakt, że żołądek oddziaływa nawet na najdrobniejsze wahania odczynu; pod tym względem organ ten był czulszym, rzec można, od

Tablica VII.

Data	Osoba badana	Śniadanie próbne	Ilość treści	Kongo	Fluorglucy-nowanill.	Jod.	Kwasota	HCl	Pepsyna	Uwagi
5	Dr. B.	20 B + 200 K + 50 W Alk. = 1·5	60	Niebies.	Czerwon.	Mocne	18	0,0714	2¼	
5	„	Idem. Obojętne	30	Mocn. nieb.	„	„	31	0,1024	2	
20	„	Id. Alk. = 1·5	90	Sł. niebies.	Niema	„	14	0,0595	2¼	Wprowadzone przez sondę
20	„	Id. Kwas. 2·0 (od HCl)	70	Niebies.	Czerwon.	„	28	—	2	
22	„	Id. Alkal. = 1·5	50	Sł. niebies.	„	„	18	0,0425	2½	
22	„	Id. Kw. 0·5 (od HNO_3)	30	Niebies.	„	„	38	0,1346	2½	
6	Chory Nr. XII	Alk. = 1·5	25	Niema	Niema	Wyraźne	5	—	—	
6	„	Alk. = 0·2	30	Niebies.	Sł. czerw.	„	12	—	—	
6	Dr. B.	Alk. = 1·5	60	Sł. niebies.	Czerwon.	Mocne	24	0,0632	2	
6	„	Alk. = 2·5 (po NaHO)	80	„	„	„	18	0,0457	2	
7	„	Alk. = 1·5	30	„	Sł. czerw.	„	15	0,0626	2¼	
7	„	Alk. = 2·5 (po Na_2CO_3)	25	Niebies.	Czerwon.	„	20	0,0714	2	

lakmusowego papierka. N. p. kwasota śniadania próbnego 1,5 dawała się wykryć przy badaniu lakmusem ledwie z trudnością i wątpliwością, żołądek trawił jednak zupełnie inaczéj tak minimalnie kwaśny pokarm, niż minimalnie zasadowy.

Wobec tego jasną jest teraz rola jamy ustnéj względem trawienia żołądkowego. *Jama ustna w moc swych nakwaszających i odczyn regulujących własności zmniejszyła zasadowość próbnego śniadania, lub czyniła je obojętnem albo minimalnie kwaśnym — czyli nadawała pokarmowi najwłaściwszego dla trawienia żołądkowego odczynu.*

Sam ten fakt zupełnie ostatecznie wyjaśnia nam zjawiska obserwowane w pierwszych dwóch seryjach doświadczeń na zdrowych i chorych osobnikach. A więc *przyczyną faktu, że po przyjęciu pokarmu przez usta trawienie żołądkowe było energiczniejszem niż po wprowadzeniu śniadania próbnego przez sondę, był udział trawienia ustnego w pierwszym przypadku, którego w drugim nie było.*

Tam gdzie pokarm sam przez się posiada odczyn odpowiedni dla żołądka, wpływ trawienia ustnego nie może być znacznym. Miało to mianowicie miejsce w naszych doświadczeniach przy używaniu mleka, jako próbnego śniadania; wtedy po przyjęciu tego płynu przez usta zupełnie w ten sam sposób, jak była przyjmowaną mięszanina krochmalowo-białkowa, małemi porcyjami, wolno, trawienie żołądkowe nie rozwijało się wiele lepiéj, niż po wprowadzeniu mleka bez śliny do żołądka. Mleko to zwykle miało słabo-kwaśny odczyn (14—16), który zmniejszał się bardzo szybko i znacznie w jamie ustnéj; prawdopodobnie stopień kwaśności tego mleka był nieco za silnym dla żołądka i pewne obniżenie kwasoty miało już znaczenie dla działalności organu trawiącego.

Możemy teraz i powinniśmy określić rezultat naszego badania w ten sposób, że „trawienie żołądkowe znajduje się w dużéj zależności od trawienia ustnego“. Czy mamy teraz prawo mówić o działaniu szczególnem śliny na żołądek? W rzeczywistości pierwszem ogniwem w łańcuchu obserwowanych zjawisk jest naturalnie ślina. Ślina jest podobnie wydzieliną jamy ustnéj, jak sok żołądkowy wydzieliną ściany żołądkowéj i zmiany, zachodzące przy trawieniu ustnem, są wprowadzone za pośrednictwem śliny. Lecz ślina sama przez się, jeśli i wywiera pewien wpływ podniecający sprawność żołądka, to tylko w stopniu nader niewielkim. W seryi czwartéj doświadczeń widzieliśmy parę razy, że mięszanina krochmalowo-białkowa, zmięszana z pewną ilością śliny, lepiéj zostawała trawioną w żołądku, niż samo próbne śniadanie. Przy bliższym rozbiorze doświadczalnym tego zjawiska przekonałem się, że i w tym razie sprawa głównie polegała na zmianie odczynu śniadania próbnego. U chorego Nr. IV, gdzie po dodaniu 40 ctm. sz. śliny do pokarmu, trawienie żołądkowe rozwijało się energicznie, ślina miała wyraźny kwaśny odczyn i dodanie jéj do płynu krochmalowo-białkowego niewątpliwie obniżało wyraźnie jego odczyn alkaliczny. U mnie jednakże zebrana ślina zwykle miała reakcyję obojętną lub nawet bardzo słabo kwaśną; dodanie 15—25 ctm. sz. takiéj śliny do 270 ctm. sz. płynu nie wpływało prawie zupełnie na obniżenie alkaliczności próbnego śniadania. W tym więc razie sama ślina przez się niewątpliwie słabo podniecała ścianę żołądkową, a przyczyną takiéj własności śliny jest najprawdopodobniéj obfita zawartość w niéj kwasu węglowego i jego soli, jak to natychmiast wykażę.

Na pierwszy rzut oka to, co powiedziałem o stosunku odczynu alkalicznego do sprawności żołądka, stoi w sprzeczności z ogólnie przyjętem pojęciem o dobroczynnym wpływie

zasad na trawienie żołądkowe. Lecz niektóre moje doświadczenia dowodnie wykazują, że należy ściśle odróżniać wpływ odczynu alkalicznego, zależnego od ługu typu NaHO i odczynu alkalicznego zależnego od węglanów alkalij Na_2CO_3. Gdyśmy podnieśli zasadność próbnego śniadania roztworem ługu, trawienie żołądkowe było upośledzone; natomiast przy zalkalizowaniu zwyczajnego lub przeżutego pokarmu węglanem sodu, sprawność żołądka niewątpliwie zwiększyła się. A więc tylko zasadowość zależna od ługu jest niewłaściwą dla trawienia żołądkowego, zasadowość od węglanu alkalij jest dla niego śród pewnych warunków pożyteczną.

Zjawisko to polega niewątpliwie na różnicy charakteru chemicznego związków typu NaHO i Na_2CO_3; choć ług i soda oddziaływają na lakmus zasadowo, to właściwie zasadą jest tylko ług, węglan zaś sodu jest kwaśną solą kw. węglowego. Fizyjologicznie węglan sodu niewątpliwie musi działać jako związek kwaśny, a w żołądku, spotykając się z kwasem solnym, daje sól NaCl i kwas węglowy, podczas gdy ług tylko neutralizuje sok żołądkowy, nie wytwarzając przytem żadnego nowego kwasu. Kwas węglowy, jak to wiemy ze starannych badań Jaworskiego[1]) nad działaniem kwasów i zgodnie z naszemi wynikami, pobudza żołądek do żywszéj działalności i przeto przy obecności węglanu sodu w naszéj mięszaninie krochmalowo-białkowéj trawienie musiało rozwijać się energiczniéj. Ten dobroczynny wpływ węglanów zasad, mniemamy, może istnieć tylko przy pewnych niewielkich dawkach, przy większéj ilości sody pobudzające działanie wytworzonego CO_2 nie przeważy skutków neutralizacyi soku żołądkowego i trawienie zostanie upośledzone.

Najprawdopodobniéj więc słabe, podniecające działanie samej śliny na żołądek polega na zawartości w niéj kwasu węglowego wolnego i jego soli. Że zaś w niektórych doświadczeniach po dodaniu śliny do próbnego śniadania trawienie żołądkowe było słabem, to sprawiły to, jak się zdaje, większe ilości mucyny wprowadzone z pokarmem do żołądka.

U niektórych chorych widzieliśmy małą różnicę w trawieniu żołądkowem po przyjęciu pokarmu przez usta w porównaniu z trawieniem po wprowadzeniu śniadania próbnego przez sondę. Zależnem to mogło być zarówno od zboczeń w trawieniu ustnem jak i od samego żołądka. W naszych przypadkach pierwszy powód można było prawie zupełnie wykluczyć, bo jama ustna badanych chorych wykazywała dzielne własności nakwaszające i regulujące odczyn pokarmu. Dla przypadków raka żołądka, dyspepsyi w suchotach płucnych i t. d. należało więc uznać za jedyną przyczynę silne patologiczne zmiany naszego organu trawiennego; gdzie błona śluzowa podlega zanikowi, gruczoły wydzielnicze zwyrodniałe albo ich brak zupełny, trudno oczekiwać, aby nawet najodpowiedniéj przygotowany pokarm przez jamę ustną wywołał lepszą czynność trawienia. Niezmiernie ciekawemi są przypadki, w których po przyjęciu pokarmu przez usta widzieliśmy reakcyję, albo tylko ze strony ruchowéj, albo tylko wydzielniczéj żołądka; zachodzi pytanie, czy takie zachowanie się nie wskazuje zmian anatomo patologicznych, przeważnie w jednéj z warstw ściany żołądkowéj.

[1]) *Ueber die Wirkung der Säuren auf die Magenfunktion des Menschen, sowie deren therapeutische Anwendung. Deuts. med. Wschrft*, 1887, Nr. 36—38.

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka słów z powodu uwag poczynionych przez Dra W. nad pracą moją p. t. „Choroby pasorzytnicze, a w szczególności choroby zakaźne zwierząt domowych“

podał

Dr. P. Seifmann.

W przytoczonych uwagach, mieszczących się w Nrze 49 „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1891, szanowny recenzent p. Dr. W., wyrażając się pochlebnie o wartości powołanéj pracy w ogóle, obok zarzutu w części zresztą słusznego, używania niekiedy przezemnie w stylizacyi zbyt długich okresów, stara się wykazać w niéj pewne niedostatki.

Nie znajdując, aby zarzuty tego rodzaju były uzasadnione, pozwolę sobie choć najważniejsze z nich tu rozjaśnić.

Przedewszystkiem nie zgadza się szan. recenzent na zapatrywanie moje, „że dotychczas nie została rozstrzygnięta pod względem profilaktycznym wartość szczepienia ochronnego zarazy płucnéj“; sądzi on zaś, że omyłka ta w zapatrywaniu jest wynikiem, iż autor posługiwał się nieco przestarzałemi niemieckiemi podręcznikami.

Jakkolwiek takie twierdzenie sprzeciwia się własnym jego słowom o kilka wierszy wcześniéj wypowiedzianym, a któremi raczył przyznać, żem „zestawił podręcznik z uwzględnieniem najważniejszych zdobyczy naukowych z ostatnich lat“, z tem wszystkiem winienem zwrócić uwagę, że i w szczególności co do ochronnego szczepienia zarazy płucnéj najnowsza literatura nie musiała mi chyba być nieznaną. Użyta przezemnie w téj mierze stylizacyja (str. 87) brzmi: „Dotychczas nie została ostatecznie rozstrzygniętą kwestyja co do profilaktycznéj wartości szczepienia zarazy płucnéj“. Z tego zatem wynika przyznanie, iż w części jest już rozstrzygniętą.

W każdym razie, wobec znanych rezultatów badań dotychczasowych, twierdzę jeszcze i teraz, a w téj mierze zapatrywanie moje jest zgodne ze zdaniem wielu specyjalistów, że kwestyi, o któréj mowa, za ostatecznie rozstrzygniętą uważać nie można.

W dalszym ciągu szan. recenzent, nie zgadzając się z niektóremi przezemnie użytemi terminami, i wskazując inne, w części podług słownika terminologii lekarskiéj z r. 1881, oznacza terminy napotykane w pracy mojéj nazwą nowoukutych barbaryzmów.

Rozpatrzmy choć niektóre z nich:

Razi p. Dra W. nazwa choroby wkroczne, a które on nazywa chorobami robacznemi.

Przyznaję, że użyty przezemnie termin, stanowiący tłómaczenie wyrazów „*Invasions-Krankheiten*“, nie może mieć pretensyi do dźwięcznie brzmiących i ja sam gotów jestem przyjąć każdy inny, milszy dla ucha, byle tylko odpowiedział istocie rzeczy. Za takowy jednak nie mogę uznać wskazanego przez Dra W. miana „choroby robaczne“. Nie zaprzeczy przecież szan. recenzent, że: *Acarus scabiei*, *oestrus ovis*, *Gregarina* i t. p. są pasorzytami zwierzęcego pochodzenia, które wywołują choroby słusznie zaliczone do inwazyjnych. Lecz ponieważ pasorzyty te należą nie do robaków (*Vermes*), ale jedne do członkonogich (*Arthropoda*), a drugie do pierwotniaków (*Protozoa*), czyż byłoby naukowo usprawiedliwionem, nadać chorobom przez nie wywołanym, miano robacznych?

Nie podoba się też p. Dr. W. nazwa odzwierzęce, nadana przezemnie chorobom przenoszącym się do organizmu człowieka od zwierząt. Lecz czemuż p. recenzent nie wskazał, jak inaczéj należy nazywać te tak zwane zoonozy, do których przecież nader ważne należą choroby, jakiemi są n. p. *Malleus*, *Rabies*, *Trichinosis* i wiele innych jeszcze.

Autor przezywa — tak się wyraża sz. recenzent — tasiemca wieńcogłowego na jednem miejscu ta-

siemcem b ą b l o w c o w y m, na innem t r ó j c z l e n n y m. Rzeczywiście takie daję nazwy polskie drobnemu tasiemcowi, zwanemu *Taenia echinococcus*. Nazwy te zdają mi się też zupełnie odpowiedniemi, albowiem *Echinococcus*, który jest młodocianą formą rzeczonego tasiemca, z dawien dawna nosi polską nazwę b ą b l o w i e c. Może on zaś również trafnie się nazywać t r ó j c z l e n n y m, ponieważ cały się składa (z wyjątkiem nader rzadkich przypadków) z trzech tylko członków (*Proglottides*). Zresztą napotykamy i w przywiedzionym wyżéj słowniku miano t a s i e m i e c k i l k o c z ł o n k i — miano zatem mniéj ścisłe, niż trójczlenny. Natomiast pozwolę sobie zauważyć, że nazwa t. wieńcogłowy nie zdaje mi się zupełnie odpowiednią. Jest ona widocznie zastosowana z powodu, że główka (*scolex*) tego tasiemca opatrzona jest w i e ń c e m z h a c z y k ó w c h i t i n o w y c h. Lecz w takim razie do nazwy w i e ń c o g ł o w y c h ma prawo cała grupa t a s i e m c ó w u z b r o j o n y c h (*T. armatae*), bo główki u wszystkich téj grupy tasiemców opatrzone są wieńcem z pomienionych haczyków.

Pominę już dalsze wywody w rozjaśnieniu kwestyj terminologicznych. Widzę bowiem, że szan. recenzent z taką nieomylnością wypowiada swoje zapatrywania, tak śmiało nazywa b a r b a r y z m e m to, co się z niemi nie zgadza, że tracę nadzieję, aby zechciał uwzględnić i moje.

Przy chyżym postępie umiejętności weterynaryjnéj i nieustalonéj dotąd jéj nomenklaturze, prawdopodobnie długo jeszcze spotykać się będzie można z tego rodzaju sporami. Chodzi tylko o to, aby używając miana nowego lub mniéj upowszechnionego, objaśnić je nawiasowo znanym, choć z obcego języka wziętym terminem. — Temu też starałem się uczynić zadość w pracy mojéj, będącéj przedmiotem obecnego sporu.

Patologija.

I u f f i n g e r: **Pierwotny twardziel krtani.**

J. podaje z kliniki prof. Schröttera przypadek nadzwyczaj rzadki pierwotnego twardziela krtani. Do kliniki zgłosiła się 7-letnia dziewczynka, skarżąca się na chrypkę i trudności przy oddychaniu. Przy badaniu można było wykazać w krtani stan następujący: Lewe prawdziwe więzadło głosowe prawidłowe, pod prawem zaś widać ściśle z niem złączony guz, który wypełnia całą przestrzeń pod więzadłem aż prawie do *cartilago cricoidea*. Na przodzie przechodzi na stronę lewą krtani i przyczepia się pod przednią trzecią częścią więzadła głosowego. W tyle sięga guz na przedniéj powierzchni tylnéj ściany krtani aż do *proc. voc. sin.* Guz jest twardo elastyczny, o powierzchni gładkiéj, barwy bladoróżowéj. Przez wykluczenie można było rozpoznać twardziel krtani, a w wyciętym dla potwierdzenia rozpoznania kawałku można było wykazać charakterystyczne prątki i komórki Mikulicza. Jeszcze pod jednym względem przypadek ten zasługuje na uwagę, zwykle bowiem twardziel występuje dopiero po 20 roku życia, tu zaś wystąpił już w siódmym. Prawie równocześnie z tą dziewczynką zgłosił się do kliniki prof. Schröttera 13-letni chłopiec także z pierwotnym twardzielem krtani. (*Wr. kl. Wschrft*, Nr. 41, 1891).

Dr. Rościszewski.

Terapija.

V u l p i u s (Heidelberg): **Eurofen zamiast jodoformu.**

Do surogatów jodoformu przybywa nowy — jest nim preparat wytworzony w fabryce Bayera i sp., eurofen nazwany. Jest to delikatny, żółty, bez żadnéj woni, 5 razy lżejszy od jodoformu proszek. Pod względem rozpuszczalności korzystniejsze przedstawia warunki niż jodoform, rozpuszcza się bowiem w alkoholu, eterze, benzynie, także w tłuszczach i olejach skalnych (*Parafina*). Eurofen jest to połączenie pewnéj ilości wolnego jodu i Isobutylorthokresol jodu. Skrobię barwi niebiesko, przyczem utraca część jodu, nie należy go więc łączyć z mączką skrobijową. W pracowni prof. Czernego badano, o ile ten nowy lek wstrzymuje rozrost bakteryj; dodawano go więc do kultur prątków wąglikowych, do kultur *staphylococcus pyogenes aureus* i *bacillus pyocyaneus*. Z wyjątkiem ostatniego wszystkie poprzednie w rozwoju wstrzymywał. W celu przekonania się, o ile działa trująco, podawał autor myszom, świnkom, królikom i psom młodym proszek wewnętrznie. Młode psy ginęły po 4-gramowéj dawce, myszy po 0·02 wśród objawów śpiączki. W klinice chirurgicznéj heidelberskiéj stosowano nowe to *antibactericum* w 50 przypadkach zupełnie tak samo jak jodoform, nie widziano jednakowoż objawów zatrucia ani w jednym przypadku. Używano także 5%—10% gazy eurofenowéj. Gojenie ran odbywało się zupełnie normalnie, przyczem zauważono, że proszek ten posiada własność pobudzania granulacyi do szybszego bujania. Jaki jest jego wpływ na tkanki gruźlicze, czy również zbawiennie w tych przypadkach jak jodoform działa, o tem dziś nic pewnego powiedzieć się nieda, brak bowiem dotyczących doświadczeń. (*D. med. Wschrft*, Nr. 44) 1891).

Dr. Mendelsburg.

Notatki lecznicze.

Szan. kolega Dr. Józef U l a n o w s k i w Lublinie donosi nam, że w influenzy używał z wielkiem powodzeniem następujących leków:

Rp. *Infusi fol. Jaborandi* [1]) *e 6·00, 200·000.*
Liquoris Ammoniaci anisati 2·00.
Syr. simpl. 30·00.
MDS. Co ½ godz. łyżkę stoł. przez dzień i noc.

Na drugi dzień, jeżeli ciepłota zeszła do 37° C., a pozostało tylko osłabienie, daje tylko dobrego wina, koniaku lub wódki w miernéj ilości, oraz 3 filiżanki czarnéj kawy bez cykoryi dziennie, przeciw kaszlowi zaś, szumowi w uszach, przytępieniu słuchu, bólowi głowy zapisuje:

Rp. *Trae. Jodi gttas XXXV.*
Natri jodati 0·25.
Aq. destillatae 200·00.
Glycerini purissimi 12·00.
MDS. Co ½ godziny po łyżeczce od kawy,

lub gdyby chory nie lubił leku słodkiego, to zapisuje:

Rp. *Natrii jodati 6·00.*
Trae. Jodi gtts X.
Aq. destilatae 20·00.
MDS. Trzy razy dziennie po łyżce stołowéj.

Następnie wina, rumu, wódki i kawy czarnéj przy dyjecie przeważnie mięsnéj. Leki te służyć mają dla dorosłych i starszych osób, dla dzieci zaś stosownie do wieku dawki muszą być mniejszemi.

Przy pomocy tego lekowania kol. Ulanowski nietylko nie stracił ani jednego chorego pomiędzy 79 leczonymi, pomimo, że z pośród téj liczby 11 miało nad lat 60, jeden paralityk 65-letni, jedna astmatyczna 66-letnia i jedna 28 letnia suchotnica. Wszyscy między 2 a 8 dniem choroby pozbyli się influenzy. Stosował zaś kol. U. *inf. jaborandi* od lat kilkunastu z powodzeniem w przypuszczeniu, że mikroby chorobotwórcze wydalają się z ustroju potem i śliną. Chinina, antipyryna, antifebryna, *natrum salicylicum* okazały się mniéj skutecznemi i przeciągały chorobę i osłabienie niekiedy do 8 tygodni i nie zapobiegały powrotom choroby.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7 października 1891 r.

Przewodniczący doc. Dr. P o n i k ł o. — Obecnych członków 36.

W nieobecności prezesa doc. Dr. P o n i k ł o zagaja posiedzenie, poświęcając dłuższą przemowę zmarłym członkom Tow. Podnosi zasługi śp. prof. Dra I. K o p e r n i c k i e g o, poczem obecni przez powstanie oddali cześć pamięci znakomitego uczonego. Daléj poświęcił kilka gorących słów wspomnieniu ś. p. Drów K r a j e w s k i e g o i Z i e m b i ń s k i e g o.

Prof. O b a l i ń s k i przedstawił rekonwalescentkę po nefrektomii wykonanéj z powodu pyonefrozy. Chora od 4 lat cierpiała na kamienie nerkowe, które od czasu do czasu sprowadzały

[1]) *Inf. jaborandi* powinno naciągać przez 25 minut.

napady bólów. W lecie b. r. bole nie ustępowały a tworzący się guz w podżebrzu prawem i mocz, raz zawierający ropę to znowu nie, pozwalały rozpoznać roponercze, a tem samem uprawniały do propozycyi operacyi, na którą młoda bo 19-letnia pacyjentka dopiero po kilkotygodniowym namyśle się zdecydowała. Cięcie Bergmanna. Obrzęk był bardzo duży, badany przez powłoki brzuszne wydawał się wielkości 2 pięści, po operacyi okazał się większy niż 4 pięści, wypuszczono przeszło litr ropy i moczu. Otrzewny wcale nie przecinano, gdyż niepotrzebnem było badanie nerki lewéj. Jakkolwiek rana zadana podczas operacyi jest przerażająco wielką, gdyż człowiek wygląda jak na pół przecięty m, goi się przecież *per primam*. Okazano wyjętą nerkę i kamień z niéj.

Następnie okazał tenże chorą H. Müllerową, 20 lat liczącą, po „podłużnéj resekcyi stopy“. Przed 2 laty przedstawiał prelegent tę metodę na Zjeździe chirurgów. Rzadko używano jej dlatego, że nie zawsze są same drobne kości stopy zajęte. Prof. O. rozszerzył metodę tę tak, iż przepiłowuje od środka podeszwy całą piętę aż do *tuber calcanei*, skutkiem czego przystęp ułatwia nawet do kości górnego stawu skokowego. W niniejszym przypadku usunięto kość sześcienną, dwie klinowe, czółenkową, skokową a nadto znaleziono w przepołowionéj k. piętowéj dwa ogniska, którychby nie odszukano przy innéj metodzie. Założono do zespojenia szew płytkowy i nitkowy, wytamponowano ranę długim setonem gazy jodoformowéj; rana głęboka powolnie goiła się, rana powierzchowna *per primam*. Obecnie chodzi rekonwalescentka dosyć dobrze, a kształt stopy nie pozostawia wiele do życzenia.

U trzeciego chorego K., lat 20, okazał prelegent głęboko zapadniętą i bliznowato wciągniętą klatkę piersiową po stronie lewéj tuż przed i poniżéj łopatki, która skutkiem tego znacznie wystercza. Stan ten sprowadził prof. O. umyślnie za pomocą torakoplastyki Estlandera z modyfikacyją Schedego, któréj użył celem wygojenia przetoki pozostałéj po resekcyi jednego żebra, przedsięwziętéj przed $1^1/_2$ rokiem we Lwowie, z powodu *empyaema thoracis*. Gojono tę rozległą ranę, w któréj dnie widocznem było osierdzie za pomocą tamponady Küstera gazą jodoformową. Obecnie tak stan lokalny, jak i ogólny są zadowalające.

Czwarty chory W. W., po całkowitem wyjęciu krtani. Od roku chrypka, duszność. Badanie przez prof. Pieniążka wykazało *papilloma*, które wypalono, późniéj zrobiono laryngofisurę, przyczem wydobyto spore kawałki z obu stron, tedy okazało się, że to jest *epithelioma*. Chory nie zgodził się na ekstyrpacyję, bo mu się ulżyło. Po roku zgłasza się: duszność, nacieki wybitne, gruczoły duże. Operacyja bez kaniul pomocniczych (*tamponkaniule*), przy zwieszonéj głowie krew spływa nosem, gruczoły i krtań usunięto. Karmienie 7—8 dni sondą, późniéj połykał sam, powyżéj kaniuli ściska sobie skórę, zamyka światło do tchawicy i chory sam je i pije; może nawet szeptem rozmawiać. Kaniuli głosowéj (*Stimmcanüle*) nie chciał używać.

Piąty rekonwalescent po wyjęciu całéj prawéj połowy przełyku z migdałkiem, z powodu *lymphosarcoma* wielkości jaja, za pomocą cięcia podanego i opisanego już poprzednio przez prelegenta. Karmienie przez 1-szy tydzień za pomocą sondy. Obecnie łyka i mówi dość dobrze. Rana boczna i kość szczękowa zagojone zupełnie.

W końcu okazuje prelegent sporą część żołądka resekowaną z powodu guza tamże usadowionego u 40-letniéj pacyjentki, która obecnie (w tydzień po operacyi) ma się zupełnie dobrze. U pacyjentki téj chwiało się rozpoznanie między zbliznowaceniem po wrzodzie zwykłym a między rakiem, a to przeważnie z powodu, że utrzymaną była kwasota wysoka (28—76) soku żołądkowego.

Dziwnym zbiegiem okoliczności nawet po wydobyciu choréj części jeszcze nasuwały się wątpliwości, a to znów dlatego, że do badania pod mikroskopem oddano bardzo mały skrawek guza, skutkiem czego osądzono go początkowo jako *gastritis fibrosa*, dopiero przy zbadaniu całości wykazało się, że guzem tym jest rak włóknisty.

W dyskusyi kol. Paszkowski zastanawia się nad zmianami po długotrwałem zapaleniu opłucny u operowanego K. Zmiany te odpowiednie są zmianom przy retrakcyi klatki piersiowéj (*retrecissement thoracique*). Z okoliczności, że dyslokacyi serca na prawo nie ma, wynika, że zrosty wcześnie już wytworzyć się musiały, zanim do przesunięcia serca przyjść mogło. Stłumienie nad przestrzenią Traubego dowodzi bardzo znacznego zgrubienia opłucny, bo objawów płynnéj wypociny nie ma. Z tyłu klatki piersiowéj są objawy „*bronchitis capillaris*“ w niedodmowym dolnym płacie płuc, który przez długotrwałą wypocinę opłucnową utracił swoją sprężystość.

Dr. Kryński prostuje co do nazwy metody przez prof. Dra Obalińskiego użytéj do nefrektomii, a mianowicie, że cięcie to podał przed Bergmanem jeszcze Kosiński.

Prof. Obaliński sprzeciwia się, twierdząc, że cięcie Bergmana idzie wzdłuż łuku żebrowego, a Kosińskiego od tyłu i góry ku dołowi w kierunku włókien mięśnia skośnego brzucha zewn.

Dalej nadmienia kol. Kryński, że dzisiaj kwasota nie jest tak ważnym punktem rozpoznawczym co do raka żołądka, a mianowicie na podstawie prac Boasa.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 grudnia. Na ostatniém swem posiedzeniu Wydział lekarski uchwalił: 1) przystąpić do zamierzonego przez Akademiję Umiejętności i Tow. lek. krakowskie zamieszczenia w kościele akademickim tablicy pamiątkowéj na cześć śp. prof. Kopernickiego; 2) starać się u wys. Ministerstwa o ustanowienie stałéj katedry weterynaryi przy Wydziale lek. z uwzględnieniem potrzeb studyjum rolniczego przy Wydziale filozoficznym, następnie zamianował Dra Adolfa Becka na dalsze 2 lata asystentem przy katedrze fizyjologii a Dra Opieńskiego na 5-ty rok asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 b. m. postanowiono na wniosek Komisyi przemysłowéj polecić insrumenta wyrobu Ludwika Knapińskiego w Krakowie. Kol. Obaliński przedstawił nerkę wyjętą z powodu sprawy gruźliczéj i 7 kamyków żółciowych wyjętych z powodu *empyema* woreczka żółciowego. Wybrano kol. Kwaśnickiego do komisyi zajmującéj się postawieniem tablicy dla śp. prof. Kopernickiego w kościele św. Anny. Wybrano jednogłośnie koll. Klemensa Rutowskiego i Kazimierza Majewskiego na członków Towarzystwa. Wybrano przewodniczącym Tow. na rok 1892 kol. Stanisława Ponikłę, zastępcą przewodniczącego kol. Szewczyka, sekretarzem dorocznym kol. Opieńskiego. Delegatami do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskiego koll. Rygiera i Krówczyńskiego; delegatem do Komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Łazarskiego. Redaktorem „Przeglądu Lek.“ redaktora dotychczasowego: do komisyi redakcyjnéj wybrani koll. Cybulski, Mars, Obaliński i Surzycki. Sekretarzem stałym kol. Kwaśnicki, podskarbim kol. Zarewicz, wreszcie do Komisyi kontrolującéj koll. Domański i Ściborowski.

* Dowiadujemy się, że po usunięciu pewnych przeszkód, wynikłych ze stosunków czysto terytoryjalnych, budowa nowego pawilonu chirurgicznego przy szpitalu św. Łazarza rozpocznie się z pierwszą wiosną. Wydział krajowy polecił poczynić wszystkie do budowy potrzebne przygotowania. Budynek stanąć ma tam, gdzie go proponował komitet budowy, t. j. na placu przed pawilonem dla chorób umysłowych, po usunięciu ztamtąd oddziału dla chorób zakaźnych i grubarni. Dla budowy istnieje osobny komitet pod przewodnictwem prof. Obalińskiego.

* Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 14 b. m. posiedzenie, na którem po załatwieniu czynności bieżących fizyk miejski Dr. Buszek przedłożył daty odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w 3-cim kwartale b. r. Pokazuje się z nich, że śmiertelność w tym czasie była nieznaczna. Umarło w lipcu 186, w sierpniu 174, we wrześniu 176 osób a wykładnik śmiertelności wykazał po kolei dla tych miesięcy z obcymi 29·9, 27·9, 28·3, bez obcych 22·0, 18·6, 18·1; procent zmarłych na choroby zakaźne 10·7, 10·3, 11·9. Umarło z odry 2, 2 i 0, z płonicy 6, 2 i 1, z dławca i błonicy 4, 8 i 12, z krztuśca 2, 2 i 0, z duru brzusznego 2, 1 i 3,

z duru osutkowego i z ospy nikt, z czerwonki 0, 0 i 1, z gorączki połogowéj 1, 0 i 2, ze suchot płucnych 45, 37 i 33, z zapalennia płuc 25, 12 i 23 osób w tych miesiącach po kolei. Do rewizyi obowiązującéj obecnie instrukcyi o przechowywaniu i sprzedaży płynów łatwo zapalnych wybrano podkomisyję z r. m. Dra Bandrowskiego i chemika miejskiego Albertego. Kosztem miasta zaszczepiono krowianką Haya z Wiednia 1500 dzieci. Bardzo skutecznem okazało się rozporządzenie Rady szkolnéj, że dzieci zgłaszające się o przyjęcie do szkoły mają wykazywać się świadectwem szczepienia ospy. Ze względu tak na obowiązującą obecnie ustawę o gminnéj służbie zdrowia jak i na zaszłą w biegu czasu zmianę stosunków uchwalono przejrzeć dokładnie teraźniejsze instrukcyje służbowe dla miejskiego personalu lekarskiego a do przedstawienia odpowiednich wniosków wyznaczono osobną podkomisyję z radzców miejskich Drów Domańskiego i Pareńskiego, drugiego Wiceprezydenta miasta, fizyka miejskiego tudzież lekarzy i weterynarzy miejskich. Nad przedłożonym przez Dyrektora Budownictwa miejskiego w imieniu właściwéj podkomisyi projektem zbudowania dwóch hal na sprzedaż mięsa z poza rogatek do miasta wprowadzanego, odbyła się bardzo długa dyskusyja, w któréj ostatecznie postanowiono przedłożony projekt odesłać raz jeszcze do podkomisyi, polecając jéj zarazem przedłożenie wniosków co do kontroli sanitarnéj w ogólności nad mięsem z poza rogatek do Krakowa przywożonem. Poruszone przez Drów Zarewicza i Oettingera usterki hygijeniczne przekazano magistratowi celem zaradzenia złemu.

* W tygodniu 48-ym (od 29 listopada do 5 grudnia) było w Krakowie małżeństw 2, urodzin 45, skonów 57, z tych z zapalenia płuc 12, z gruźlicy 10, z odry 3, z dławca i błonicy 2, z duru brzusznego 1.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień Dra w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Henryk Frenkel, rodem z Krakowa, dawniéj lekarz szpitalny i praktykujący w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 652. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się ponowny konkurs na posadę III go asystenta bezpłatnego przy klinice chirurgicznéj.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 31 stycznia 1892 r.

Kraków dnia 14/12 1891 r.

Rydel
Pro dziekan Wydziału lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXX. Kraków, 26 Grudnia 1891. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1892 **rok trzydziesty pierwszy** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z zakładu chemii lekarskiéj prof. Stopczańskiego.

O przyczynach wywołujących zmiany w konsystencyi moczu.

Podał

Dr. Jan Opieński,
asystent zakładu.

Konsystencyja moczu zwykłego jest kroplisto-płynną, jak zwykłéj wody. Spójność fizyczna drobin tej cieczy w niektórych razach zwiększa się, jednak stopnia téj spojności z przyczyny braku odpowiedniéj metody ściśléj oznaczyć nie możemy. Wprawdzie w ostatnich czasach są usiłowania w tym kierunku jak stalagmometer i capillimeter Traubego, użyte dla oznaczania fuzlu[1]), zastosowania ich jednak do innego przedmiotu, w szczególności do moczu dotąd nie wprowadzono. Zwiększoną konsystencyję moczu oznaczamy w przybliżeniu przez porównanie ciekłości moczu z innemi cieczami mniéj płynnemi — tak też określamy ją jako gumowato lub śluzowato ciągliwą, w których to razach przy odlewaniu z jednego naczynia do drugiego spadają krople mniéj lub więcéj trzymające się lub też cała ciecz ciągnie się w formie nitek, jak to bywa w niektórych cieczach z torbielaków, zawierających metalbuminę. W tak silny sposób zwiększoną konsystencyję, jak to dopiero nadmieniłem, nader rzadko w moczu napotykamy. Przy niniejszem badaniu przyczyny zwiększonéj konsystencyi moczu nie mam na myśli śluzowatych mas, które niekiedy w moczu się wydzielają lub też tego rodzaju osadów, jak one przy długotrwałym nieżycie pęcherza, jako silnie ciągliwe ropiaste masy, do ścian naczynia przyczepione i trudno od tegoż się oddzielające, występują, w których to razach oddzielona ciecz moczu albo posiada konsystencyję zwykłéj wody lub też jest w tym kierunku również zmienioną. Badanie moje dotyczy wyłącznie takich moczów, w których nietylko co dopiero nadmienione przyczyny zwiększonéj spójności cieczy wykluczono lecz nawet i inne dotąd znane przyczyny, jak to bywa przy chyluryi, przy domieszcze tłuszczów w ogóle, znacznie zwiększonéj ilości śluzu, lub też w ostatnich czasach domniemywanéj obecności t. zw. gumy zwierzęcéj, wykazać się nie dały. To też mocz, którego własności bliżéj mam zamiar opisać, badany był głównie w kierunku obecności śluzu a właściwie głównego tegoż składnika t. j. mucyny, jakoteż gumy zwierzęcéj w sposób poniżéj dokładniéj określony.

Przedmiotem mego badania był mocz: barwy winowo-żółtéj, oddziaływania kwaśnego, które niekiedy w krótkim czasie zmieniało się w oddziaływanie alkaliczne, ciężar gatunkowy wahał się między 1,007 a 1,018. Mocz ten zawierał białko w ilościach od 0,009 do 0,025%. Składniki prawidłowe były w ilościach zwykłych a t. zw. składników nieprawidłowych moczu, oprócz wyż nadmienionego białka, nie napotkałem; natomiast uderzającą była zwiększona konsy-

[1]) Fresenius. *Ztschrft f. analyt. Chem.* 27, V, 655.

stencyja cieczy moczu t. j. znacznie zwiększona spójność trzymających się drobin téj cieczy podczas przelewania z jednego naczynia do drugiego, tworząc nawet niekiedy ciągnące połyskujące nitki, mimo braku osadu w większéj ilości jako też znaczniejszéj ilości śluzu i ciałek ropy. Chory ten K. znajdujący się na oddziale szpit. prymaryjusza doc. Dra Zarewicza, według dyjagnozy postawionéj na oddziele, cierpiał przerost gruczołu krokowego z następowem zapaleniem nieżytowem pęcherza. Gdy mocz tego chorego głównie z przyczyny swéj konsystencyi, a to w obec wyż nadmienionych własności, moję uwagę do bliższego badania przyczyny téj spójności zwrócił, wykazało się następnie za łaskawem przyzwoleniem i dzięki uprzejmości Wgo p. Prymaryjusza oddziału, że mocz badany wykazuje ową śluzowo ciągnącą konsystencyję nawet po wypuszczeniu kateterem z pęcherza, a to przy braku osadu, któryby tę zmianę mógł wywołać. Przez wypuszczenie moczu kateterem usunięto zarazem możność wpływu treści gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych na tak zmienioną konstystencyję, przyczem zauważano, że niekiedy mocz świeżo wydzielony, zwykłéj kroplisto płynnéj konsystencyi, przy odstaniu zmienił ją w końcu w śluzowo-ciągliwą.

Badanie celem wykazania przyczyny téj wzmożonéj konsystencyi, podjąłem głównie w kierunku mucyny, metalbuminy i gumy zwierzęcéj. Gdy przy badaniu strątu otrzymanego wyskokiem, obecność metalbuminy została wykluczoną, gdy z drugiéj strony wynik badania w kierunku gumy zwierzęcéj był ujemny, przedsięwziąłem badanie celem udowodnienia mucyny. Dla wydzielenia jéj z moczu użyłem alkoholu 96%, zakwaszonego kwasem octowym. Kwas octowy bowiem sam przez się nie strąca mucyny z rozczynu przy obecności soli obojętnych, jak n. p. soli kuchennéj, jak to ma miejsce w moczu. Po dodaniu podwójnéj objętości powyższego odczynnika otrzymałem strąt biały, częścią galaretowato-włóknisty, częścią grubo-płatkowy, który prawie w całości rozpuścił się w rozczynie węglanu sodowego 1‰ a z rozczynu tegoż kwasem octowym, w nadmiarze dodanym został wydzielony w sposób charakterystyczny dla mucyny, t. j. jako strąt włóknisto galaretowaty w całości prawie pręcikiem szklanym z naczynia wydobyć się dający. Po obmyciu alkoholem i eterem przedstawia się jako masa popielato biała, rozpuszczalna bardzo trudno w wodzie, trudno w 5% rozczynie soli kuchennéj, w wodzie z dodatkiem węglanu sodowego łatwo rozpuszczalna, dająca się strącić z tegoż rozczynu kwasem octowym, taniną, kwasem wolframofosforowym, dająca nadto inne oddziaływania istot białek, jak próbę biuretową i różowo zabarwiony osad po zagotowaniu z odczynnikiem Millona. Przy gotowaniu z kwasem chlorowodowym lub siarkowym wytwarza się ciało odtleniające wodnik miedziowy w rozczynie alkalicznym, co odpowiada (według Landwehra) gumie zwierzęcéj, która według tegoż autora jest produktem rozkładowym mucyny przy działaniu kwasow mineralnych.

Odnośnie do sposobu otrzymania i własności oddzielonego ciała, mogłem przypuszczać, że mam do czynienia z ciałem odpowiadającem mucynie; jedna tylko własność mucyny nie dała się ściśle udowodnić a mianowicie, że strąt otrzymany wyskokiem po rozpuszczeniu w węglanie sodowym 1‰, wydzieleniu następnem kwasem octowym i wysuszeniu trudno bardzo rozpuszczał się w wodzie i w 5% soli kuchennej, nie dając przytem charakterystycznie ciągliwéj cieczy Na podstawie dotychczasowego badania stwierdzam tylko, że ciało, mogące sprowadzić wyżéj opisaną zmianę w konsystencyi moczu, jest ciałem do rzędu istot białek należącem; najwięcéj zbliżonem do mucyny.

Gdy jednak mucyna, o której wiemy, iż nadaje cieczom śluzowo-ciągliwą konsystencyję, z całą ścisłością udowodnić się nie dała w niniejszym przypadku, gdy nadto niejasną dla mnie było rzeczą, dlaczego mocz nie zawsze tak wzmożoną konsystencyję okazywał, dlaczego zwiększona ta spojność występowała nieraz dopiero po pewnem odstaniu się moczu, skierowałem moje poszukiwania ku mikroorganizmom w myśli, że takowe biorą czynny udział w téj sprawie. — W przypuszczeniu tem utwierdziła mnie wzmianka podana w miesięczniku Zuelzera o pracy Albertoniego [1]), który w podobny sposób zmienioną konsystencyję odnosi do obecności gumy zwierzęcéj, tworzącéj się pod wpływem mikroorganizmów. Schmidt-Mülheim [2]) wykazał, iż pewne koki są w stanie wywoływać zmianę konsystencyi mleka w tym kierunku, iż ono staje się ciągnącem skutkiem działania tychże koków na istoty białkowate, w mleku się znajdujące. Do rzędu tego rodzaju spostrzeżeń należą też ogłoszone przez Pasteura [3]) badania, uskuteczniono nad winem ciągnącem się (*vin filant*), gdzie przyczyną tego zjawiska ma być t. zw. wiskoza, ciało do rzędu gum przez Béchampa zaliczone, wytworzone pod wpływem tak nazwanego *micrococcus viscosus*.

Należało więc w niniejszym przypadku zbadać, czy i jakie mikroorganizmy wywołują tę zmianę konsystencyi. Badania moje przeprowadzone w tym kierunku są następujące: najpierw osobne próbki różnych moczów zaprawiłem kilkoma kroplami, jużto za pomocą kateteru wydobytego, już też wprost oddanego moczu, zwracając uwagę, czy zmiana w konsystencyi wystąpi; wynik jednak tego badania był ujemny. Obrałem więc inną drogę, a mianowicie ściśle bakteryjologiczną. Mocz wydobyty za pomocą kateru do sterylizowanego naczynia w ilościach 0·1, 0·25, 0·5 i 1·0 cc zmięszałem z żelatyną i w odpowiedni sposób przyrządziłem kultury na płytach. Po kilku dniach rozwinęły się w zwykłéj ciepłocie pokojowéj, kolonije w dość znacznéj ilości mniéj lub więcéj 100 do 150 na 1 cc. moczu. Z pomiędzy kilku rodzajów, kolonije większe (dużéj główki od szpilki) białawo niebieskawe i żółtawe okazały się pod mikroskopem złożone z drobniutkich ziarenek, zresztą jednostajnie rozmieszczonych; po sporządzeniu preparatów zabarwionych okazało się, iż są to krótkie prątki częścią z hyalinowemi osłonkami, częścią bez nich; po zaszczepieniu na skośny agar rozwinęły się po kilku dniach na téj pożywce kolonije, tworząc obfite szare naloty, które przy wydobywaniu igłą platynową w długie nitki się wyciągały; hodowla kłuta na żelatynie przedstawia poniekąd postać gwoździa. Prątki w mowie będące barwią się z pomiędzy barwików anilinowych najsilniéj za pomocą fuksyny, wymiary ich mikrometryczne są: długość od 1·2—1·5 μ, szerokość od 0·4—0·8 μ. Prątki te badane w wiszącéj kropli nie okazywały ruchów samodzielnych, lecz tylko molekularne. Natomiast kolonije starsze ze skośnego agaru przeszczepione do bulionu, okazują w środku jakby spory a po pewnym czasie można zauważyć w kropli bulijonu tylko same drobne ziarenka, dość silnie światło

[1]) *Orina filante. Real. Acad. Bologn.* Serie IV i XX. — [2]) *Untersuchungen über fadenziehende Milch. Archiv. Pflüger.* Bd. 27. — [3]) *Bulletin de la Societé chemique.* 1871.

łamiące, już to oddzielnie stojące, już też w gromadki poskupiane.

Teraz należało się przekonać, czy te prątki w istocie zwykłą konsystencyję kroplisto ciekłą moczu w śluzowo-ciągliwą zmieniają. W tym celu zaszczepiłem kilka moczów jużto sterylizowanych, już też niesterylizowanych, w rurkach probierczych odnośnemi hodowlami agarowemi i żelatynowemi, a po kilkodniowem odstaniu w wylęgarni przy 37·5—38° C. zauważyłem, iż: 1) w rurkach sterylizowanych płyn, poprzód spójności zwykłéj wody, okazywał obecnie konsystencyję śluzow-ciągliwą, która jednak dopiero po kilkogodzinnem odstaniu się uwidoczniła; 2) w rurkach niesterylizowanych zmiana ta nie wystąpiła. Do doświadczeń tych używałem moczów bez białka z większemi lub mniejszemi ilościami tegoż, moczu z cukrem, nadto rozczynów białka surowiczego sterylizowanego, płynu surowiczego z jamy brzusznéj, nadto mleka. Wynik nie wszędzie był ten sam. Mleko, mocz t. zw. fizyjologiczny, mocz z dużemi ilościami białka, płyn surowiczy nie uległy téj zmianie konsystencyi, natomiast mocz z małemi ilościami białka, rozczyn białka surowiczego rozcieńczony dały wynik dodatni. Ciecze w ten sposób zmienione, przy badaniu mikroskopowem wykazują obecność krótkich prątków, odpowiadających wyżéj opisanym prątkom z kultur agarowych, ciecze nie zmienione zawierają tylko liczne koki.

Z badania tego wynika, iż powyżéj opisany prątek nadaje cieczom, zwłaszcza moczom małe ilości białka zawierającym, po upływie kilku godzin konsystencyję śluzowo ciągliwą.

Pozostaje jeszcze przekonać się, czy ciało wytwarzające się w moczu pod wpływem znalezionych mikroorganizmów a wywołujące śluzowo-ciągliwą konsystencyję moczu, jest tem samem, które w wyżéj opisany sposób z moczu otrzymałem i udowodniłem, jako ciało białkowate własnościami swemi do mucyny zbliżone.

Badanie cieczy czystemi hodowlami zaszczepionych i śluzowato ciągliwych wykazało w strącie wyskoku z kwasem octowym obecność ciała, własnościami swemi wyżéj opisanemu ciałku białkowatemu odpowiadające.

Wśród rozpoczęcia dopiero co nadmienionych badań bakteryjologicznych, znalazłem w „Centralblatt Zieglera“ sprawozdanie z rozprawy włoskiéj Brazzoli[1]) który podaje bliżéj morfologiją mikroorganizmu dawniéj już przez Malerbę i Sanna-Salaris opisanego t. zw. *gliscrobacterium*, wywłującego ciągliwą konsystencyję moczu przez wytwarzanie ciała, do rzędu węglowodanów należącego, a w szczególności gumy zwierzęcéj.

Wynik moich poszukiwań w tym przedmiocie różni się dość znacznie od wyników dopiero co przytoczonego włoskiego badacza. Przedewszystkiem prątek sam, opisany przez Malerbę i innych jako t. zw. *gliscrobacterium*, jest prawdopodobnie inny, aniżeli ten, który mnie się udało wykazać; mikroorganizm przez nich opisany przedstawia się w hodowlach agarowych i żelatynowych, okazując w starszych kulturach w bulijonie obfitą sporulacyję. Lecz nie tyle ze względu na wartości morfologiczne, ile raczéj ze względu swych własności bijologicznych, zachodzi między tymi mikroorganizmami znaczna różnica. *Gliscrobacterium* Malerby wywołując zmianę zwykłéj konsystencyi moczu, wytwarza według wyżéj wzmiankowanych autorów, ciało z rzędu węglowodanów. Prątek przezemnie opisany potrzebuje przedewszystkiem do swego rozwoju miernych ilości białka surowiczego, a wytwarza w moczu ciało do rzędu istot białek należące.

W każdym razie przy powstawaniu téj zmiany fizycznéj własności moczu czynne są mikroorganizmy, a fakt ten tłomaczy nam niejedną poprzód nasuwającą się wątpliwość. Tłómaczy między innemi względną rzadkość téj zmiany w moczu, gdyż nie w każdym moczu i nie w każdéj cieczy znajduje prątek warunki odpowiednie dla swego rozwoju. Spostrzeżenie, iż w moczach niesterylizowanych prątek się nie rozwija, za czem idzie i brak ciągliwej konsystencyi, dowodzi, iż prątek w walce o byt z innemi mikroorganizmami ginie i wegetacyja jego ustaje. Że mocz chwilami okazuje konsystencyję ciekło-kroplistą, wyjaśnia się tem, że pewne mikroorganizmy w ogóle potrzebują dłuższego lub krótszego czasu do swego rozwoju na danem podłożu.

Fakt, że w moczach, nie zawierających białka, nie zauważyłem konsystencyi śluzowo-ciągliwéj po zaszczepieniu hodowli tegoż prątka, która to zmiana jest jednym z najwybitniejszych jego objawów życiowych, zdaje się potwierdzać to przypuszczenie, iż prątki wśród swego rozwoju wytwarzają przy pomocy białka, w podłożu zawartego, ciało własnościami swemi do mucyny zbliżone, wywołując tem samem zmianę moczu, którą powyżéj jako śluzowato-ciągliwą opisałem.

[1]) *Beitrag zu dem Studium der Morphologie des Mikroorganismus des fadenziehenden Urins.*

II. Wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich.

Podał

Dr. Józef Kadyi w Jaśle.

Dla lekarzy sądowych są z pewnością nadzwyczaj zajmujące te przypadki z kazuistyki sądowo lekarskiéj, które z powodu większych lub mniejszych trudności, jakie się nastręczają pierwszym znawcom, dostały się do orzeczenia Wydziałowi lekarskiemu, a które późniéj ogłaszane w naszym „Przeglądzie“, dają sposobność do zastanowienia się nad niejedną kwestyją wątpliwą i mogą częstokroć stać się wskazówką, jak w danym razie orzekać należy. Jednakowoż trafiają się także przypadki powszednie, proste, a mimo tego, jak z doświadczenia wiem, nie zawsze istnieje zgodność zdań lekarzy znawców; i te to przypadki wymagają tem bardziéj omówienia, a w następstwie pewnego porozumienia się, i że tak powiem, unormowania w orzeczeniach, aby nie stawały się zbyt często powodem sprzeczności zdań i to w dodatku tam, gdzie z natury rzeczy i jasności sprawy sąd słusznie spodziewać się może, że zdania znawców powinny być zgodne. Sprzeczność taka nietylko że utrudnia postępowanie sądowe i ztąd niechętnie przez sędziów jest widzianą, ale nadto zdolna jest u kolegi drażliwszego wzbudzić, lubo niesłusznie, podejrzenie, iż drugi pragnie go z umysłu „kompromitować“, skoro tylko odmiennego jest zdania. Rośnie więc niechęć choć bez posiewu, a kwestyja sporna sporną zostaje. Aby złemu zaradzić i dojść do należytego pojmowania rzeczy, pragnę poruszyć pewne wątpliwości z dziedziny sądowo-lekarskiéj w nadziei, że albo drugich przekonać potrafię, albo sam usłyszę zdanie, które zmieni moje zapatrywania.

Zdarzają się oględziny poszkodowanego, którego sprawca dusił ręką za gardło. Po takim zamachu pozostają ślady zdrapania na szyi, które prócz swego charakterystycznego umiejscowienia i jakości wcale zresztą niewinnie i drobiazgowo wyglądają. W takich przypadkach orzekam, że uszkodzenie ciała jest wprawdzie samo przez się lekkie, lecz że uważać je muszę za ciężkie z tego powodu, że zostało za-

dane takiem narzędziem i w taki sposób, z jakim zazwyczaj połączone jest niebezpieczeństwo dla życia. Zdarzyło się, że kolega, który w tym przypadku orzekał, twierdził stanowczo, że uszkodzenie to jest lekkie, a to dlatego, że ręka sprawcy nie jest żadnem narzędziem, a powtóre, że nie jest wiadomem, iżby ciężkie objawy duszenia u poszkodowanego rzeczywiście wystąpiły. Sądzę, że wszystko, czem się sprawca do wykonania nieprzyjaznego działania posługuje, nazwać trzeba narzędziem. Tak jak lada kij lub czerep w znaczeniu sądowo lekarskiem jest narzędziem, tak samo jest niem i ręka sprawcy, jeżeli nią zadaje jakiekolwiek uszkodzenie ciała. Nie wątpię, że ten sam kolega, który w niniejszym przypadku ręce nazwy téj odmówił, niejednokrotnie siniec pięścią zadany uważał jako pochodzący od uderzenia tępem n a r z ę d z i e m. Zresztą w téj kwestyi oprzeć się mogę na zdaniu prof. Hofmanna, który w ustępie swego dzieła, traktującem o narzędziach, wyraźnie powiada: „*Die Werkzeuge, die hiebei in Anwendung kommen, sind ungemein differenter Natur. Es gehören hieher ausser den Extremitäten des Menschen etc.*“. Inna rzecz, czy do przypuszczenia kwalifikacyi z §. 155 lit. a) potrzeba, iżby ciężkie objawy duszenia rzeczywiście istniały. Mojem zdaniem już samo brzmienie tego paragrafu naprowadza wyraźnie na myśl, że do tego nie wymaga się wcale, aby poszkodowany cokolwiek ciężkiego odcierpiał, bo kwalifikacyja rzeczona ma zastosowanie nawet wtedy, gdy uszkodzenie było samo przez się l e k k i e, a rozchodzi się tu tylko o wykazanie, iż w danym razie poszkodowany łatwo mógł był życiem przypłacić. Że duszenie ręką za gardło jest w wysokim stopniu dla życia niebezpieczne, dowodzi tego już sama kazuistyka sądowolekarska, która nastręcza od czasu do czasu sposobność sekcyjonowania osób w ten sposób uduszonych. Prócz tego zauważyć muszę, że nie możemy dopiero wtedy wierzyć w niebezpieczeństwo dla życia, gdy już nad ofiarą zawiśnie cała groza śmierci, t. j. gdy osoba duszona okazuje sinicę, brak oddechu, bezprzytomność; przeciwnie, niebezpieczeństwo dla życia rozpoczyna się z chwilą uchwycenia ofiary za gardło. Że tak jest, dowodzą znowu zapatrywania prof. Hofmanna, który pisze: „ . . . *die Frage, ob schon ein einmaliges Zufassen an den Hals eines Individuums, resp. ein plötzliches aber vorübergehendes Zusammendrücken des Kehlkopfs den Tod bewirken könne, ist bereits durch Casper ventilirt und dahin beantwortet worden, dass ein solcher Hergang zwar möglich aber nicht wahrscheinlich sei. Gegenwärtig müssen wir mit Rücksicht auf die erwähnten experimentellen Beobachtungen die schon von Casper zugestandene Möglichkeit noch mehr zugeben.*“ Hofmann, wypowiadając to zdanie, opiera się na doświadczeniu, że nieraz śmierć z zagardlenia nastąpić może nagle z powodu porażenia nerwów przez ucisk jednorazowo wywarty; to znaczy, że śmierć nastać może nawet wtedy, gdy sprawca wcale wytrwałym w swem przedsięwzięciu nie jest i wcale nie usiłuje konsekwentnie i systematycznie dusić swéj ofiary aż do ostatniego jéj tchnienia.

Wynika z tego, że k a ż d e duszenie ręką za gardło uważać musimy za ciężkie uszkodzenie ciała z tego powodu, że zostało zadane takiem narzędziem i w taki sposób, z jakim zazwyczaj połączone jest niebezpieczeństwo dla życia, że więc §. 155 lit. a) powinien tu mieć zastosowanie z a w s z e i bez względu na skutki, jakie duszenie w danym razie wywołało, a więc nawet wtedy, gdy wcale jeszcze nie wystąpiły ciężkie objawy, dowodzące tak doniosłych zaburzeń w organiźmie, wywołanych brakiem dowozu powietrza atmosferycznego do płuc. Wyraźnie zwracam uwagę na to, że do przypuszczenia kwalifikacyi z §. 155 lit. a) wcale nie potrzeba dowodu, że w danym przypadku poszkodowany r z e c z y w i ś c i e w niebezpieczeństwie życia się znajdował; wszakże ewentualność ta jest osobno przewidzianą i skwalifikowaną w tymże samym paragrafie wprawdzie, ale pod lit. e). W paragrafie zaś 155 lit. a) rozchodzi się tylko o przekonanie, czy poszkodowany znajdował się w takich warunkach, które z a z w y c z a j życiu zagrażają, chociaż nawet życiu nie zagrażały w danym razie. Uwagę tę uczynić uważałem za stosowne z tego względu, że, jak wyżéj powiedziałem, w pewnem orzeczeniu, które czytać mi się zdarzyło, znawca prócz innych powodów także i dlatego nie uważał duszenia ręką za gardło za uszkodzenie ciała ciężkie z §. 155 lit. a)[1]), ponieważ nie było wiadomem, iżby ciężkie objawy duszenia wystąpiły u poszkodowanego.

Zachodzi obecnie pytanie, jak orzekać należy w przypadku, w którym prócz faktu duszenia ręką za gardło wykaże się także dowodnie, że poszkodowany zesiniał, charczał, utracił przytomność i t. d. W takim razie objawy te mojem zdaniem należy osobno kwalifikować i to albo jako same przez się ciężkie (§. 152 końcowy ustęp), albo też jako objawy, które wprost życiu zagrażały (§. 155 lit. e). Ponieważ z opowiadania i anamnezy trudno na pewno wywnioskować, że objawy rzeczone były do tego stopnia groźne, że wprost już życiu zagrażały, ponieważ takiego przekonania dosadnego mógłby tylko lekarz jako naoczny świadek w danym razie nabrać, więc lepiéj już nie podnosić tych objawów do ważności §. 156 lit. e), ale tylko uznać je za ciężkie z paragrafu 152. I w tym także względzie trafiłem na przeciwne zdanie drugiego kolegi znawcy, który przy rozprawie sądowéj oświadczył, że ciężkość rzeczonych objawów subsumuje jednocześnie w kwalifikacyi z §. 155 lit. a). Kontrawersa ztąd wynikła została doraźnie wyrównaną w ten sposób, że ja od mego zdania odstąpiłem z uwagi, iż przy rozprawie nie został ponad wszelką wątpliwość stwierdzony fakt, iżby poszkodowany został przez świadków znaleziony zsiniały i bezprzytomny tak, że go trudno docucić się było można.

W końcu poruszyć pragnę jeszcze jeden szkopuł, na który w praktyce sądowo-lekarskiéj trafiłem. Złożyłem w sądzie orzeczenie, że „uszkodzenie jest wprawdzie samo przez się lekkie, ale że uważać je muszę za ciężkie z tego powodu, że zostało zadane takiem narzędziem i t. d.“ Kolega, który w tym przypadku razem ze mną miał orzekać, zgadzał się wprawdzie ze mną co do treści, jednakowoż nie chciał się pisać na stylizacyję, która jego zdaniem ma brzmieć nielogicznie, bo skoro uszkodzenie jest lekkie, to już go nie można uważać za ciężkie. Kolega ten proponował, aby w stylizacyi tego orzeczenia opuścić zdanie ze słowem „ciężkie“ i napisać: „uszkodzenie jest lekkie, jednakowoż zostało zadane takiem narzędziem i t. d.“[2]) Mnie się stylizacyja mojego orzeczenia nie wydaje nielogiczną, wszak i w potocznéj mowie równie łatwo powiedzieć i pojąć zdanie, jak np. szkoda jest wprawdzie sama przez się małą, ale uważać ją muszę za wielką ze względu, że to była np. cenna pamiątka. Tak tu, jak i tam słowa lekkie, ciężkie — mała, wielka, nie stoją z sobą w sprzeczności. Stylizacyi takiéj, jak moja, domaga się zresztą sam kodeks, skoro do c i ę ż k i c h uszkodzeń policza uszkodzenia wprawdzie same przez się l e k k i e, które jednakże mają pewne bliżéj określone cechy. Domaga się tego również ustawa o postępowaniu karnem, bo żąda, aby znawca wyraźnie podał, czy uszkodzenie ciała jest lekkie, czy ciężkie. Tymczasem stylizacyja orzeczenia taka, jaką chciał mój kolega oponent, zadosyć temu nie czyni, bo uszkodzenia nie nazywa ciężkiem, mimo, że sprawca bez sprzecznie o zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała oskarżonym być musi, skoro raz przytoczone są wymogi paragrafu 155 lit. a). Jeżeli za argument owéj stylizacyi, na którą zgodzić się nie mogę, ma posłużyć to, że sędzia sam bez naszéj wyraźnéj wzmianki zrozumie, iż sprawca dopuścił się ciężkiego uszkodzenia ciała i o taką zbrodnię obwinionego oskarży, wówczas znaczyłoby posądzać sędziego o ten sam

[1]) Jeżeli tak często paragrafy ustawy karnéj cytuję, to czynię to jedynie dla krótszego wysłowienia zdania, paragrafem pewnym objętego — jednakowoż bynajmniej nie w przekonaniu, iżby lekarzowi sądowemu w orzeczeniach paragrafy cytować należało. — [2]) Przyznajemy, że i mybyśmy woleli stylizacyję proponowaną przez kolegę oponenta, a to tem bardziéj, że prawodawca w §. 155 a) nie nazywa uszkodzenia takiego ciężkiem, lecz wyznacza karę wyższą aniżeli za uszkodzenie ciężkie proste, mając wyłącznie na oku z a m i a r sprowadzenia cięższego następstwa bez względu, czy to następstwo rzeczywiście nastąpiło. *Red.*

błąd logiki, jakiego znawca dopuścić się nie chce. Prócz tego w dalszéj konsekwencyi należałoby chyba zawsze pomijać nazwę uszkodzenia: lekkie, ciężkie, a tylko podać, że n. p. dane uszkodzenie pociąga za sobą niezdolność do pracy, przynajmniéj 20 dni trwającą, lub że wywołało utratę ręki i t. p., a niechaj potem sędzia sam uszkodzeniu nazwę nadaje: ciężkie czy lekkie. W gruncie rzeczy mogłoby i tak być — na to jednak nie pozwala nam ustawa o postępowaniu karnem.

Znudziłem swojemi wywodami może niejednego, który nie odczuł, jak dotkliwemi są sprzeczności zdań w podobnych razach. Z drugiéj jednak strony może mi się uda w ten sposób sprowadzić jednomyślne pojmowanie codziennych przypadków sądowo-lekarskich, a zdanie wypowiadam tem śmieléj, że nawet krytyka w tym względzie nie może być dotkliwą, bo nie dotyczy wcale fachowości ściśle lekarskiéj, lecz odnosi się raczéj jedynie do sposobu, w jaki nauka lekarska do paragrafu naginaną i zastósowaną być musi.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

W. Meister (Kijów): **O regeneracyi wątroby po odcięciu całych jéj płatów i o udziale tego gruczołu w wytwarzaniu mocznika.**

Możliwość regeneracyi nabłonków gruczołowych w rozmaitych sprawach patologicznych jest obecnie faktem dowiedzionym i znanym. Nie przypuszczano jednakże, ażeby zdolność odradzania się tych elementów sięgała tak daleko, jak to przedstawiają wyniki pracy Ponficka (*Virch. Arch.* CXVIII), który przekonał się na królikach, iż odcięcie połowy, a nawet $^3/_4$ części wątroby nietylko nie grozi bezpośrednio życiu tych zwierząt, lecz nawet część pozostała odradza się w krótkim stosunkowo przeciągu czasu (30—40 dni) do pierwotnéj objętości organu.

Autor, sprawdzając doświadczenie Ponficka w pracowni prof. Podwysockiego, zwrócił jednocześnie uwagę na to, o ile zmienia się przemiana azotowa w organizmie po wycięciu większéj części tkanki wątrobowéj i jakie są wahania w wytwarzaniu się mocznika. Wyniki otrzymane przez autora są następujące:

Tkanka wątroby posiada olbrzymią zdolność regeneracyjną, nietylko u królików, lecz i u psów i szczurów; przy odpowiedniéj wprawie operacyjnéj można wycinać bezkarnie nietylko $^1/_2$ lecz więcéj niż $^3/_4$ całéj wątroby.

Już po upływie 36 dni po wycięciu $^3/_4$ gruczołu pozostała tkanka regeneruje się tak, że nowoutworzona tkanka wagą swą dorównywa wadze normalnéj wątroby. Odradzanie się w tak ogromnym zakresie następuje dzięki zarówno hypertrofii, jak i głównie hyperplazyi komórek wątrobowych; zarówno udział przyjmują elementy przewodów żółciowych i naczyń krwionośnych. Ogólna ilość azotu w moczu po takiem wycięciu zmniejsza się, lecz nierównomiernie ze zmniejszaniem się ilości mocznika tak, że stosunek azotu mocznika do azotu ogólnego w moczu jest mniejszy, niż normalnie; przeciwnie zaś zwiększa się ilość.

Im więcéj wytniemy tkanki wątrobowéj, tem wyraźniejszy ubytek mocznika, przy zupełnem zaś wyjęciu wątroby ilość jego zmniejsza się ogromnie. Dopiero w późniejszych okresach po operacyi zaczyna się przyrost ilości mocznika, który stopniowo dojść może do normy. (*Wracz* 1891. Nr. 41).

Kryński.

Terapija.

Prof. Sommerbrodt (Wrocław): **Dalsze uwagi o leczeniu gruźlicy kreozotem.**

W r. 1887 polecił S. pierwszy kreozot przeciw początkującéj gruźlicy płuc. Jako dawkę polecał wtedy $^1/_2$ gr. na dzień. W lutym r. 1891 wystąpił z artykułem nowym, w którym opierając się na świeżem doświadczeniu, poleca dawkę 2 gr. dziennie, zapewniając, że dawkę taką chorzy bardzo dobrze znoszą i że wyleczył nia gruźlicę już w drugim okresie będącą. Autora nie zrażają negatywne wyniki, jakie doświadczając z kreozotem na psach otrzymano i woła razem z Kirchhoffem, że jeżeli teoryja z praktyką się nie zgadzają, to zawsze praktyka ma racyję. Na podstawie licznie przytoczonéj kazuistyki, dochodzi autor do tego wniosku, że im więcéj się kreozotu podaje, tem lepiéj. Lekarze nie powinni się zrażać tem, iż farmakopeja austryjacka jako dawkę maksymalną dla kreozotu oznacza 0·16. Zacząwszy od 1·0 *pro die* można u ludzi dorosłych śmiało dojść do 4·00. S. podaje lek w kapsułkach a 0 10 wraz z tranem albo formułkę Hopmanna (*kreosoti 1·0, Trac. gentianae 2 00*) 5 kroplami w ciągu dnia. Autor nie uważał także złego wpływu na żołądek, chorzy przyzwyczajają się łatwo i nie tylko że nie tracą apetytu ale nawet zyskują go. (*Berl. kl. Wschr/t*, Nr. 43, 1891).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

K. Szulc: **Zwichnienie kości goleniowéj ku tyłowi.**

Pomiędzy nader rzadko w ogóle zdarzającemi się zwichnieniami w stawie kolanowym (według Krönleina wynoszą one zaledwo 1% ogólnéj liczby zwichnień) *luxatio tibiae* ku tyłowi stanowi zjawisko wyjątkowe. Pitha w podręczniku swoim powiada, że nigdy zwichnienia takiego nie widział, chociaż może się ono wydarzać. To też każdy tego rodzaju przypadek zasługuje na uwagę. Autor zwichnienie takie, nader ciekawe ze względu na mechanizm powstania i zmiany anatomiczne, obserwował w szpitalu wojskowym w Brześciu litewskim u żołnierza, któremu spadł z tyłu na podudzie zgięte w kolanie, olbrzymi wór z wełną, przygniatając je do ziemi. Wskutek tego powstać mogło zwichnienie tylko ku przodowi, lecz chory szarpiąc nogę, aby wyciągnąć ją z pod ciężaru, musiał porozrywać znaczną część aparatu więzowego w kolanie, a nie mogąc nogi uwolnić, upadł po daremnem szamotaniu się na ziemię; wskutek tego ostatecznego upadku pierwotne zwichnienie ku przodowi przejść musiało w tylne i w téj pozycyi zastał go przywołany lekarz. W ten tylko sposób wytłómaczyć można mechanizm powstania zwichnienia ku tyłowi w takich warunkach.

W danym przypadku zaszła potrzeba amputacyi poniżéj uda. Przy badaniu anatomicznem preparatu okazało się zupełne zniszczenie stawu: wszystkie więzy zewnętrzne, z wyjątkiem *ligamentum patellare*, torebka stawowa, *lig. cruciata* poprzerywane; przyczepy wszystkich mięśni zginających oderwane od goleni; tętnica i żyła kolanowa pęknięte poprzecznie, nerw kulszowy wisiał na kilku cienkich pasmach. Cała jama stawu zarówno jak i mięśnie i skóra uda i podudzia nasiąknięte krwią. („Wracz“, Nr. 41 1891.) *Kryński.*

Ginekologija.

Keppler: **Nowa metoda kraniotomii za pomocą rynienkowatego dłutka (Hohlmeissel).**

Autor nowéj metody i kilku nowych narzędzi potępia na wstępie w czambuł wszystkie metody kraniotomii i narzędzi do téj operacyi używane. Do wykonania zabiegu za pomocą nożyc perforacyjnych potrzeba zdaniem autora dużéj i dobréj asysty; nożyce nawet w ręku wytrawnego operatora mogą łatwo po twardem sklepieniu kostnem czaszkiześliznąć się i skaleczyć matkę; nożyce wkłute w szew, ciemię czy kość zadają ranę zbyt małą, przez którą z trudnością wchodzi narzędzie przeznaczone do zmiażdżenia mózgu; wskutek tego ten akt operacyi odbywa się niedokładnie, rdzeń przedłużony nie zostaje zmiażdżony i dziecko, które się dla dobra matki poświęciło, oddecha. Pomimo tych wybitnych wad nożyce, zdaniem autora, stoją przecież wyżéj od trepanu. Wszystko, co może przytoczyć przeciw téj metodzie, zebrał autor z niesłychaną skrzętnością: narzędzie jest za drogie, nie jest aseptyczne, robi otwór w czaszce za mały itd. Metoda sama wymaga pomocy trzech fachowych osób, nie licząc niefachowych, którzy trzymają nogi. Metoda ta nie jest (wszystko zdaniem autora) pozbawiona niebezpieczeństwa dla matki, w któréj kość krzyżową może się narzędzie zabłąkać. Na tem ciemnem tle maluje autor zalety swojego dłutka. Jest to zwykłe rynienkowate dłutko o rynience tak szerokiéj, że może w niéj spoczywać wskaziciel operatora. Palec ten, występujący nawet nieco po za dłutko, wyczuwa naprzód kość, zanim do niéj tnące narzędzie przyłoży. Dłutko przecina skórę i kość, a zastosowane w kilku miejscach może

usunąć znaczną część sklepienia czaszki. Druga ręka spoczywa na powłokach brzusznych i spycha główkę. Zabieg ma być łatwym i bardzo skutecznym; mózg i rdzeń przedłużony miażdży autor tem samem dłutkiem. Ekstrakcyję, zdaniem autora, należy wykonywać natychmiast po kraniotomii. Do tego zabiegu używa Keppler palców lub haków ostrych, najchętniéj podwójnych; kranioklast i kephalotriptor uważa za narzędzia zbyteczne. Do wyciągania pojedynczych kości sklepienia czaszki wymyślił autor dwa nowe narzędzia, z których jedno przypomina kleszcze kostne Lüerowskie. Dłutko rynienkowate nie jest jednak (zdaniem autora) narzędziem, służącem jedynie do kraniotomii; autor używa go z dobrym skutkiem do sekwestrotomii, do wycinania płata kostnego w osteoplastyce, do wygładzania kostnego kikuta amputacyjnego, do resekcyi stawu biodrowo krzyżowego, do przecinania torebki przed wyłuszczaniem mięśniaków macicy i do innych zabiegów. Skończywszy opis i zachwalanie swojéj metody i swoich narzędzi, dorzuca autor kilka luźnych myśli, tyczących się wskazania do kraniotomii i aseptycznego postępowania podczas téj operacyi.

Autor potępia surowo próbę kleszczową t. zw. łagodną przed przystąpieniem do kraniotomii i wygłasza zdanie, że gdzie jest wskazana kraniotomija, tam są przeciwskazane kleszcze i na odwrót. Zakażenia podczas operacyi nie boi się autor wcale, ale do wystrzykiwań nie używa irygatorów, które, jak wiele innych rzeczy potępia.

Autor podaje w końcu statystykę 39 przypadków kraniotomii. Widzimy z niéj, że autor wykonywa ten zabieg nawet przy *conjug. vera.* mającéj 4 ctm. i zapowiada, że czeka tylko na przypadek, w którymby mógł pomniejszony płód przez jeszcze ciaśniejszą konjugatę przeprowadzić; szkoda, że autor nie podaje bliższych dat co do rozwoju płodu przeprowadzonego przez conj. 4 ctm. Praca ozdobiona jest licznemi rycinami, przedstawiającemi nowe narzędzia. (*Wiener med. Presse* Nr. 47 i 48). *Dr. Al. Rosner.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 21 października 1891 r.
Przewodniczący kol. Gluziński. — Obecnych członków 48.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący wzywa obecnych do uczczenia pamięci niedawno zmarłego Dra Adryjana Baranieckiego, poczem wita jako gościa kol. Stockmanna z Warszawy.

3) Kol. Przewodniczący przypomina, że w r. b. przypada jubileusz 25-letni istnienia Tow. lek. krak. i przedstawia wnioski Komitetu:

a) Jubileusz ma być obchodzony uroczyście.

b) Ma być wydany pamiętnik Tow. lek. Koszta wyniosą około 100 złr.

c) Odbędzie się uroczyste posiedzenie Tow. lek. a po niem wspólna uczta składkowa.

Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

4) Przyjęto jednogłośnie kol. Bilińskiego z Wilna na członka korespondenta.

5) Kol. Pieniążek przedstawia chorą ze zmianami kiłowemi krtani, przedstawiającemi się jako jednostajne obrzmienie lewéj tarczy chrząstki tarczykowéj, oraz krawędzi międzytarczowéj (*Perichondritis chronica*), jako obrzmienie obu chrząstek nalewkowych i fałdów nalewkowo-nagłośniowych po obu stronach, więcéj jednak po str. lewéj i w końcu jako obrzmienie pod obu brzegami strun głosowych, które wywoływało znaczne zwężenie. Ruchomość strun znacznie upośledzona a po stronie lewéj prawie zniesiona. Obraz ten jest tak rzadkim przy *lues* krtani, że kol. Pieniążek musiał się wahać w rozpoznaniu między kiłą a rakiem, jakkolwiek obraz tak jednostajnego nacieku w przebiegu raka stanowiłby rzadki przypadek i wiek choréj (25 lat) czynił przypuszczenie raka nieprawdopodobnem. Chora z powodu ewentualnéj potrzeby tracheotomii przyjętą została na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza i tam stosuje się leczenie przeciwkiłowe, zwłaszcza, że dane anamnestyczne za przyjęciem *lues* przemawiają.

W dyskusyi zabierali głos koll. Paszkowski, Gluziński, Obaliński i Prelegent.

6) Kol. Pohorecki wygłosił odczyt o działaniu *kali telluricum* przeciw potom nocnym suchotników. (Odczyt ten był ogłoszony w „Przeglądzie Lek.“).

W dyskusyi kol. Paszkowski utrzymuje, że poty nocne suchotników są objawem, którego nie należy zwalczać, gdyż jest on następstwem zmniejszonego wydalania wody drogą oddechową, zwłaszcza że środek ten nie działa przeciw saméj chorobie. — Kol. Gluziński jest zdania, że poty u suchotników są tak przykremi dla chorych, że należy je usuwać, a co do etyjologii tych potów twierdzi, że tu chodzi prawdopodobnie o sprawę nerwową, tak jak w krizis po zapaleniu płuc, nie zaś o następstwo zmniejszonego wydalania wody drogą oddechową. Wreszcie wszak i kaszel męczący suchotników staramy się usuwać za pomocą środków odurzających, chociaż istoty choroby tem nie usuwamy. — Kol. Wojtaszek zgadza się po części z wynikami doświadczeń kol. Prelegenta, zwraca jednak uwagę na nader niemiłą woń czosnkową, występującą po użyciu *kali telluricum*. Środek ten obniża ciepłotę, co zauważył w przypadku *septico-pyaemii* przez siebie obserwowanym. — Kol. Ponikło zwraca uwagę na ostatnie spostrzeżenia z dziedziny bakteryjologii, stwierdzające, że nietylko produkty życia prątków, ale i same prątki drogą potów wydalają się z ustroju, należałoby więc obserwować przebieg choroby ze wstrzymywaniem potów i bez, aby drogą praktyczną rozstrzygać o wpływie tego leczenia na przebieg choroby. — Kol. Prelegent w odpowiedzi przytacza, że wszyscy chorzy przez niego obserwowani znosili środek ten bardzo dobrze i ogólnie mieli się dobrze, co do wpływu na ciepłotę według jego spostrzeżeń *kali telluricum* w gruźlicy płuc na ciepłotę wcale nie wpływa.

Sekretarz: *Dr. J. Rosenzweig.*

V. Wiadomości bieżące.

* *Kraków dnia 24 grudnia.* **Towarzystwo lekarskie krakowskie dla uczczenia 25-letniéj rocznicy założenia odbędzie uroczyste posiedzenie we Wtorek d. 29 grudnia b. r. o godzinie 6 wieczorem w auli** *Collegii novi.*

* Szan. koledzy, pragnący zapewnić dla swych znajomych bilety wstępu na uroczyste posiedzenie Towarzystwa lek. w dniu 29 b. m. odbyć się mające, zechcą się zgłosić do kol. Ponikły (Bracka, 5) lub kol. Kwaśnickiego (Basztowa, 4).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru dzisiejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy.

L. 1.019 **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 4 grudnia 1891 l. 52541 rozpisuje się konkurs na posadę „pełniącego prowizorycznie obowiązki prymaryjusza oddziału ocznego“ przy szpitalu krajowym powszechnym we Lwowie. — Do posady téj przywiązaną jest płaca roczna 1.200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać: a) wiek, stan i miejsce urodzenia; b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii lub magistra okulistyki, albo doktora wszech nauk lek. na jednéj z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób ocznych; c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 25 stycznia 1892 r. na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj. 107—4—1

Lwów dnia 12 grudnia 1891 r.
Dyrekcyja krajowego szpitala powszechnego.

NAJSKUTECZNIEJSZĄ PRZECZYSZCZAJĄCĄ

WODĘ GORZKĄ 98—6—4

FRANCISZKA JÓZEFA

znaną wodę mineralną, poleca łaskawym względom P. Lekarzy **Dyrekcyja w Budapeszcie.**

MATTONI's

GIESSHÜBLER

reinster alkalischer

SAUERBRUNN

12—18—18

Mattoniego Giesshübler, najczystsza szczawa alkaliczna, jest według zgodnych orzeczeń powag lekarskich jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec tworzenia się nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżytowych cierpieniach narządu oddechowego i pokarmowego (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chryp i, w tych wypadkach najlepiéj zmięszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie téj wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem. i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym.

Dzięki wielkiéj ilości wolnego i związanego bezwodnika węglowego ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jéj w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mięszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Matoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych. przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.

Francensbad Wiedeń. Budapeszt.

Mattoniego zdrojowisko Giesshübl-Puchstein

koło Karlsbadu w Czechach.

Uzdrowisko, zdrojowisko i zakład wodoleczniczy. Leczenie pneumatyczne i za pomocą wcierań. Dla chorych nerwowych i piersiowych, dla ozdrowieńców, w nieżycie, gośćcu itd. — Prospekty bezpłatnie i franko rozsyła: *„Kur-Direction Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.*

NOWE DZIEŁO.

NAKŁADEM

Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich

W KRAKOWIE 104—3—2

wyszło nowe dziełko:

„O operacyjach położniczych"

przez Dra St. BRAUNA.

Cena 3 złr. 50 ct.

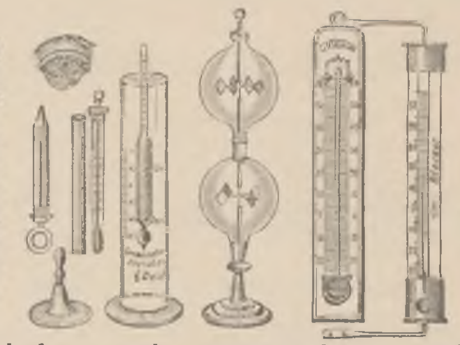
Nabyć można we wszystkich księgarniach lub też w Administracyi Wydawnictwa u Dra Surzyckiego (Kraków, Floryjańska 13).

Ewald Hildebrand

WYRÓB INSTRUMENTÓW SZKLANYCH

Halle n. S.

Wyrób gwarantowany.



Powszechnie zalecane.

97—22—8

Szkody powstałe w transporcie wynagradza.

Liczne pisma uznania są na usługi. Ostatnie od p. Dra P., c. k. lekarza powiatowego i asystenta sanitarnego c. k. Namiestnictwa w P. z 29 listopada 1891 brzmi:

„Termometry, które dziś otrzymałem, bardzo mi się podobają i nadeszły w dobrym stanie. Zamawiam zarazem pod adresem: Dr. J. Cz. . . . . ."

(następuje zamówienie.)

JAN IHNATOWICZ

magister farmacyi i chemik sądowy, wyrabia od 1875 r. **mydła lecznicze** odszczególnione na Wystawach krajowych, zagranicznych i lekarsko-przyrodniczych 10 medalami zasługi i dyplomem honorowym.

Wszystkie moje mydła lecznicze są zdumiewających skutków, przewyższają co najmniéj o 100% wszelkie dotychczasowe mydła, są też o wiele tańsze i przyjemniejsze w użyciu. Nietylko bowiem, że choroby skórne są przez nie w jak najkrótszym czasie uleczone, ale także uzyskana przez nie działalność skóry przyczynia się do osiągnięcia świeżéj, piękněj i białéj cery.

Mydło będźwinowe używa się do usunięcia wyrzutów i plam skórnych, usuwa szorstkość skóry, a cerze nadaje czerstwość i aksamitną miękkość i delikatność. Kawałek 25 cnt.

Mydło boraksowe, wpływa bardzo korzystnie na płeć, dokładnie oczyszcza i wybiela skórę. Mydło to jest znakomicie działającym środkiem przeciw opaleniu, pryszczykom i pęcherzykom na twarzy, przeciw piegom i nieczystościom na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowe, uśmierza swędzenie i pieczenie skóry, usuwa wyrzuty i czerwoność z twarzy i rąk. Kawałek 25 cnt.

Mydło kamforowo-siarkowe, usuwa czerwoność z twarzy i nosa, opalenie słoneczne i piegi. Kawałek 30 cnt.

Mydło karbolowe, bardzo korzystnie jest myć ręce, twarz, a nawet całe ciało w czasie epidemii, celem zabezpieczenia się od epidemii. Kawałek 20 cnt.

Mydło karbolowo-piaskowe, do mycia rąk dla pp. lekarzy i akuszerek, według przepisu WP. Dra med. Stroynowskiego. Kawałek 20 cnt.

Mydło kreolinowe, zawiera 5% czystéj kreoliny, znakomicie oczyszcza skórę, usuwa pryszcze, liszaje, świerzby, trądniki, płeć odświeża i wydelikatnia. Kawałek 35 cnt.

Mydło siarkowe, z wielkiem powodzeniem używa się do zniszczenia pryszczy i wszelkiego rodzaju wyrzutów na skórze. Kawałek 25 cnt.

Mydło siarkowo-smołowe, mydło to składa się z 40% smoły a 10% siarki, przeważnie bywa używane na świerzb. Mydło to okazało się jako najlepszy środek przy téj słabości, przewyższyło ono bowiem wszystkie nowo wynalezione a tak kosztowne środki. Kawałek 35 cnt.

Mydło smołowo-glicerynowe, składa się z 35% gliceryny i 10% smoły (dziegciu), jest pod każdym względem jednem z najlepszych desinfekcyjno-higijenicznem mydłem toaletowem. Jako zwykłe mydło do użycia codziennego, jest przez odwietrzanie i skórę zmiękczającą własność znakomitym oraz wypróbowanym środkiem do usunięcia wszystkich nieczystości naskórnych, jakoto: piegów, plam wątrobianych, wągrów i t. p. Kawałek 30 cnt.

Mydło smołowe, zawiera 40% smoły (dziegciu); usuwa pryszcze, liszaje, wszelkie wysypki skórne, pocenie nóg i łupież na głowie. Kawałek 30 cnt.

Mydło storaksowe, używa się przy cierpieniach naskórnych, a przeważnie przy świerzbach. Kawałek 30 cnt.

Mydło tymolowe, zawiera 3% tymolu, znakomicie oczyszcza skórę od wszelkich wyrzutów. Kawałek 50 cnt.

Uwaga: Przy większéj ilości tak dla PP. lekarzy, jak i odsprzedających odpowiedni procent. 29—22—21.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.